



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido: Atuação do Enfermeiro Especialista na Otimização do Ambiente Terapêutico

Mónica Cristina Rodrigues Costa Monteiro

Orientação: Professora Coordenadora Gabriela Calado

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri.



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Cuidados Centrados no Desenvolvimento
do Recém-Nascido: Atuação do Enfermeiro
Especialista na Otimização do Ambiente
Terapêutico**

Mónica Cristina Rodrigues Costa Monteiro

Orientação: Professora Coordenadora Gabriela Calado

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri

*“É porque é no princípio da vida que se gera o modo
como cada pessoa vai gerir o seu mundo e o seu futuro.*

E isto, (...), tem que ver com todos nós.”

Gomes-Pedro, Torgal, Sobral & Goldshmidt (2004, p. 174)

AGRADECIMENTOS

As grandes conquistas surgem quando se insiste, persiste e se acredita. A superação desta jornada intensa, que agora termina em sucesso, apenas foi possível por ser partilhada com as melhores pessoas, que estiveram sempre a meu lado.

À professora Gabriela Calado, pela disponibilidade, apoio, exigência e orientação. Palavra certa sempre na hora certa.

A todos os enfermeiros que orientaram este percurso, pelo exemplo de excelência com que exercem a nossa profissão.

Às minhas chefes e colegas de trabalho, por todo o apoio, palavras de incentivo e estímulo.

À Ana, pelo incentivo, estímulo e todo o apoio ao longo desta caminhada. Sem dúvida um exemplo a seguir, pelo rigor científico com que pauta o seu percurso.

Aos meus pais e irmã. Sem vocês não seria o que sou hoje. Obrigada por acreditarem sempre em mim, às vezes até primeiro do que eu, apoiando-me em todas as etapas da minha vida.

A ti meu amor grande, meu marido, por todo o apoio, paciência e amor. Sem ti não teria sido possível. Aos teus pais pelo apoio incondicional à nossa família.

Por fim, ao meu amor pequenino, principal razão de todo o meu esforço e da minha força. Obrigada meu filho por seres o bom menino que és e desculpa por todos os momentos de ausência. Não te esqueças nunca que a vida é pautada de esforço e perseverança e a mãe pretende ser para ti, um exemplo disso mesmo. O amor estará sempre aqui para ti.

A todos, muito obrigado!

RESUMO

A promoção do desenvolvimento saudável, domínio do saber primordial na atuação do enfermeiro em saúde infantil e pediátrica, deve ser foco dos cuidados de enfermagem nos diversos contextos, dos cuidados de saúde primários aos cuidados hospitalares complexos.

Norteados pela linha de investigação “Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas”, o percurso formativo ora expresso assentou na promoção do desenvolvimento do recém-nascido de termo e pré-termo, nomeadamente no que concerne à atuação do enfermeiro especialista no âmbito do ambiente terapêutico do recém-nascido, em situação de saúde ou de doença.

Com o presente relatório pretende-se evidenciar o percurso desenvolvido, dando visibilidade à aquisição e desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista, específicas da área de especialização em saúde infantil e pediatria, bem como das competências de mestre, incluindo a análise reflexiva sobre a prática clínica e a fundamentação do processo de tomada de decisão. Com recurso à metodologia de projeto, e considerando as necessidades elencadas em cada local, foram realizadas atividades visando a promoção dos cuidados centrados no desenvolvimento ao recém-nascido.

Experiência desmesuradamente enriquecedora, o projeto desenvolvido fomentou a mudança de práticas nos vários contextos, contribuindo para a promoção dos cuidados centrados no desenvolvimento ao recém-nascido.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Recém-Nascido, Cuidados Neonatais, Cuidados Centrados no Desenvolvimento, Ambiente Terapêutico

ABSTRACT

Promotion of healthy development, a domain of primary knowledge in nurses' practice in child and pediatric health, should be a focus of nursing care in different contexts, from primary health care to complex tertiary care.

Based on the research line "Nursing care needs in specific populations", the training course expressed was based on the preterm and term newborn developmental promotion, in particular with regard to specialist nurse's role into a healing environment to the newborn, in health or disease.

This report intends to highlight the course developed, giving visibility to the specialist nurses universal skills acquisition and development, specific children's health specialization area as well as master's degree competencies, including clinical practice's reflexivity and analysis and the grounds of decision-making process. Using project's methodology, and considering each context's needs, activities were carried out to promote newborn's developmental care.

Overwhelmingly rich experience, the project developed encouraged the change of practices in the contexts, contributing to the promotion of newborn's developmental centered care.

Key words: Child and Pediatric Health Nursing, Newborn, Neonatal Care, Developmental Care, Healing Environment

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo do Universo dos Cuidados Desenvolvimentais.....	35
Figura 2: Caracterização da equipa da UCIPED/UCEN	84
Figura 3: Atitudes terapêuticas.....	85
Figura 4: Barreiras identificadas à prática dos CCD	85
Figura 5: Níveis sonoros.....	86
Figura 6: Níveis de luminosidade	87
Figura 7: Iluminação cíclica	87
Figura 8: Proteção da luz direta	88
Figura 9: Gestão de odores nocivos.....	88
Figura 10: Experiências olfativas e gustativas.....	89
Figura 11: Manipulação do RN.....	89
Figura 12: Privacidade dos pais.....	90
Figura 13: Ambiente da unidade	90
Figura 14: Equipamentos facilitadores da otimização do ambiente.....	95

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Resultados obtidos referentes a aspetos da ação de formação (USF)	59
Gráfico 2: Resultados obtidos referentes à eficácia do formador (USF)	59
Gráfico 3: Resultados obtidos referentes à organização da formação (USF)	60
Gráfico 4: Resultados obtidos referentes a aspetos da ação de formação (UCEN)	91
Gráfico 5: Resultados obtidos referentes a aspetos da eficácia do formador (UCEN)	92
Gráfico 6: Resultados obtidos referentes a aspetos da organização da formação (UCEN)	92

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Sequelas físicas associadas à prematuridade	27
Quadro 2: Sequelas emocionais e psicossociais associadas à prematuridade	28
Quadro 3: Prevalência da doença mental no RNP, quando comparado com o RN de termo	29
Quadro 4: Comportamentos de stress/Comportamentos de estabilidade dos RNP	32

ÍNDICE DE ANEXOS | APÊNDICES

ANEXOS

ANEXO I – Questionário “Quantum Caring Practice Self-Assessment”	120
ANEXO II - Certificado por comunicação oral no V Colóquio Luso-Brasileiro	136
ANEXO III - Apresentação de póster com atribuição de Menção Honrosa no Lusíadas Clinical Summit	138
ANEXO IV - Certificado de apresentação de Póster nas I Jornadas da Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente	140

APÊNDICES

APÊNDICE I - Protocolo de Atuação sobre as Reações Anafiláticas Associadas à Vacinação	143
APÊNDICE II - Póster sobre as Reações Anafiláticas Associadas à Vacinação	158
APÊNDICE III - Protocolo de Atuação sobre a Febre em Idade Pediátrica	160
APÊNDICE IV - Planeamento de Sessão de Formação “Febre e Anafilaxia em Idade Pediátrica” ...	167
APÊNDICE V - Sessão de Formação sobre Anafilaxia Associada à Vacinação e Febre em Idade Pediátrica	185
APÊNDICE VI - Protocolo de Procedimento “Preparar a alta”	192
APÊNDICE VII - Protocolo de Procedimento “Alimentação Oral do Recém-Nascido Prematuro” .	198
APÊNDICE VIII - Proposta de Capítulo para inclusão no padrão documental do hospital referente à Consciência em Idade Pediátrica	206
APÊNDICE IX - Proposta de protocolo para a realização da consulta ao RN, nomeadamente no que concerne aos Cuidados Centrados no Desenvolvimento, mais especificamente na otimização do ambiente	213
APÊNDICE X - Póster “Atividades Promotoras Do Desenvolvimento no RN”	231
APÊNDICE XI - Protocolo Normativo “Otimização do Ambiente do RN no Internamento de Pediatria”	233
APÊNDICE XII - Póster “Atividades Promotoras Do Desenvolvimento no RN”	238
APÊNDICE XIII - Protocolo Normativo “Otimização do Ambiente do RN na UCIPED”	240
APÊNDICE XIV - Protocolo Normativo “Otimização do Ambiente do RN na UCEN”	246
APÊNDICE XV - Cronograma de Atividades do Projeto de Intervenção	253

APÊNDICE XVI - Atividades e Estratégias definidas por Objetivo Específicos.....	255
APÊNDICE XVII - Planeamento de sessão “Cuidados Centrados no Desenvolvimento – Otimização do Ambiente do RN”	260
APÊNDICE XVIII – Artigo Científico “Nasci Prematuro e Agora?”	281

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – *American Psychological Association*

CCD – Cuidados Centrados no Desenvolvimento

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

DGS - Direção-Geral da Saúde

DR – Diário da República

EESIP – Enfermeiro/a Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EACH – *European Association for Children in Hospital*

IAC – Instituto de Apoio à Criança

INE – Instituto Nacional de Estatística

JCI – *Joint Commission International*

MESIP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCCESIP - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-Nascido

RNP – Recém-Nascido Pré-termo

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

UC – Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCD – Universo dos Cuidados Desenvolvimentais

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIPED – Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF – *United Nations Children's Fund*

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO - O RN E O AMBIENTE TERAPÊUTICO.....	16
1.1. MODELO DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN	16
1.2. CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: PRINCIPAIS CONCEITOS E MODELOS	20
1.3. O RECÉM-NASCIDO DE RISCO	23
1.4. CUIDADOS CENTRADOS NO DESENVOLVIMENTO	29
1.4.1. Otimização do ambiente terapêutico.....	35
1.5. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	40
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PERCURSO	43
2.1. CAMINHANDO: DE GENERALISTA A ESPECIALISTA	43
2.1.1. Unidade De Saúde Familiar	44
2.1.2. Serviço De Internamento De Pediatria.....	63
2.1.3. Cuidados Intermédios Pediátricos.....	70
2.1.4. Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN)	75
3. O PROJETO	77
3.1. “CUIDAR PARA DESENVOLVER”: DA COMUNIDADE AO HOSPITAL”	77
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	96
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	96
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA	99
4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	100
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
6. REFERÊNCIAS	107

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do segundo Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, publicado, a 2 de maio de 2016, no aviso n.º 5622/2016 (Universidade de Évora, 2016).

O relatório em apreço, enquanto elemento de reflexão, consiste num documento que pretende espelhar o percurso efetuado ao longo do percurso formativo. Visa refletir a aquisição de conhecimentos e competências relativas aos cuidados especializados em enfermagem em saúde infantil e pediátrica, plasmando as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019), bem como as específicas da área de especialização mencionada (OE, 2018) e ainda as competências de mestre (Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

O estágio decorreu ao longo de 22 semanas em diferentes contextos, nomeadamente, Cuidados de Saúde Primários (CSP), Internamento de Pediatria, Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos (UCIPED) e Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN).

Com o presente documento pretende-se dar resposta ao inicialmente definido como objetivo da Unidade Curricular (UC) Relatório. Assim, no relatório devem estar evidenciadas a capacidade de análise e reflexão sobre a prática clínica, bem como a fundamentação das escolhas ao longo do percurso formativo, percurso que culmina na defesa em prova pública do documento em apreço, tal como definido na ficha de UC Relatório elaborada pela equipa docente do MESIP.

O relatório pretende ainda dar visibilidade ao projeto de intervenção desenvolvido, mediante a exposição de todas as fases inerentes à metodologia de projeto adotada. Atendendo a que o projeto consiste num plano de trabalho organizado, de forma a estudar e resolver um problema que constitui uma preocupação dos seus intervenientes (Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010), o projeto desenvolvido, surge como a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção, que pretende dar resposta a uma inquietude da minha prática profissional. Após a identificação do problema, sua contextualização e fundamentação surge o objetivo geral do projeto comum a todos os contextos:

- Promover os Cuidados Centrados no Desenvolvimento (CCD) no cuidado ao Recém-Nascido (RN).

Na sequência, foram formulados os objetivos específicos:

- Elaborar uma proposta de protocolo próprio para a realização da consulta ao RN, nomeadamente no que concerne aos Cuidados Centrados no Desenvolvimento, designadamente quanto à otimização do ambiente, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP);
- Capacitar os enfermeiros para cuidarem o RN baseando as suas práticas nos CCD, no âmbito dos CSP;
- Elaborar uma proposta de um protocolo normativo específico intitulado “Otimização do Ambiente”, no âmbito da UCIPED/UCIN;
- Capacitar a equipa multidisciplinar para o Cuidado Centrado no Desenvolvimento na UCIPED/UCIN;
- Capacitar os pais/família para a promoção da otimização do ambiente na Unidade;
- Realçar os benefícios da utilização de dispositivos específicos de monitorização do ruído e luminosidade na UCIPED/UCIN.

Ao longo do relatório são evidenciados os principais referenciais orientadores do desenvolvimento do conhecimento e das competências do enfermeiro, com particular ênfase para o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Assim, destacam-se como documentos norteadores o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o Código Deontológico do Enfermeiro, o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e as normas e orientações técnicas da Direção-Geral da Saúde (DGS). Após o estudo sobre os principais referenciais teóricos em que a enfermagem se alicerça, foi selecionado o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, pelo que o presente documento se baseia nas premissas definidas pela teórica. É um modelo dinâmico que assenta o domínio da Enfermagem na interação entre o sistema cliente e o ambiente que o envolve, pelo que se assume como um modelo adequado ao percurso formativo, bem como à temática central do projeto.

Não descurando a filosofia dos Cuidados Centrados na Família, da Parceria de Cuidados, dos Cuidados Não Traumáticos, os Cuidados Centrados no Desenvolvimento (CCD) surgem como filosofia norteadora de todo o percurso formativo, com especial ênfase na prática clínica.

Os CCD consistem na implementação de práticas promotoras do desenvolvimento neurológico da criança, sistematizadas e adequadas às necessidades individualizadas de cada recém-nascido e suas famílias (Halder, Bera & Banerjee, 2015; Obedait, Bond & Callister, 2009; Olshtain-Mann & Auslander, 2008; Schermann & Alfaya, 2000). A implementação destes programas de intervenção precoce no período neonatal deve ser um objetivo do EESIP, devido aos múltiplos benefícios identificados, por diversos autores, quer para os recém nascidos pré-termo e de termo doentes (comportamentos mais organizados com melhores respostas neurológicas e hemodinâmicas), quer para as suas famílias (menor nível de ansiedade e percepção precoce das suas competências parentais), sem esquecer os profissionais (maior sensibilidade para a otimização de estímulos ambientais e excelência de cuidados prestados (Altimier & Philips, 2016; Coughlin, 2014; Gaspardo, Martinez & Linhares, 2010).

Asseverando as premissas supracitadas a temática elencada assenta na promoção do desenvolvimento do recém-nascido de termo e pré-termo (RNP). A escolha desta temática baseia-se, tal como mencionado, no interesse pessoal, decorrente da experiência profissional adquirida ao longo do caminho já traçado no cuidar em pediatria. A linha de investigação norteadora do percurso formativo refere-se às necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas.

Face ao exposto, no âmbito dos cuidados neonatais, o RN de risco, sendo aquele que tem maior suscetibilidade, possuindo maior probabilidade de morbilidade e/ou mortalidade, deve ser o foco de atenção do EESIP.

A prematuridade assume especial relevância na avaliação dos indicadores de saúde perinatal e a que se associa risco acrescido de compromisso do neurodesenvolvimento (Ferraz, 2017). O nascimento pré-termo influencia a evolução saudável da criança (Formiga & Linhares, 2009), aumentando a probabilidade de ocorrência de problemas nas diferentes áreas e momentos do desenvolvimento infantil (Linhares, Carvalho, Bordin, Chimello, Martinez & Jorge, 2000) e cujo crescimento se revela contrário ao esperado e pretendido (Machado, Alves & Couceiro, 2011). Face a 2011, em 2017 registou-se um incremento da taxa de nados vidos prematuros de 7,4% para 8,1%, correspondendo a total de 7.011 nascimentos (INE, 2018), antes das 37 semanas de gestação e independentemente do peso ao nascer (Askin & Wilson, 2014; Tamez & Silva, 2017). A

prematuridade permanece a principal causa de mortalidade neonatal, porém a sobrevivência do RNP tem vindo a aumentar, incluindo do grande prematuro, cuja idade gestacional é inferior a 28 semanas (Halder et al., 2015; Haumont, 2012). Não obstante este aumento, a taxa de compromisso de neurodesenvolvimento em idades gestacionais inferiores a 28 semanas, situa-se de 15 a 25% (Halder et al., 2015; Haumont, 2012).

Em termos estruturais, o presente documento está dividido em três partes: introdução, desenvolvimento e considerações finais. Na **introdução**, capítulo em curso, procede-se à identificação e fundamentação da temática selecionada e expressam-se os principais objetivos do trabalho.

O **desenvolvimento** encontra-se dividido em quatro subcapítulos, em que o primeiro inclui o enquadramento teórico que sustenta o presente relatório, iniciando no modelo dos sistemas da Betty Neuman, seguindo-se a explanação da problemática ora estudada, RN de risco, prematuridade e suas implicações no desenvolvimento, seguindo-se os CCD, sendo o foco principal a otimização do ambiente terapêutico. Ainda neste subcapítulo segue-se a menção à atuação do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. O segundo subcapítulo pretende percorrer o caminho traçado que culminou no desenvolvimento de competências de enfermeira especialista. Sucede-se a breve caracterização dos contextos onde foram realizados os estágios, a descrição das atividades desenvolvidas, bem como o seu contributo para o desenvolvimento das competências determinadas. O terceiro subcapítulo integra o projeto de intervenção desenvolvido ao longo de todos os estágios, cujo título se designa por ““ Cuidar para desenvolver” - Projeto de Intervenção: Da comunidade ao hospital”. Por fim, o quarto e último subcapítulo pretende expor a análise reflexiva do desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, nomeadamente do EESIP, bem como as competências inerentes ao mestre.

O documento culmina nas **considerações finais**, consagrando um breve resumo do relatório, a análise dos objetivos determinados no capítulo introdutório e a ponderação sobre os aspetos facilitadores e dificultadores deparados, sem esquecer o impacto da realização do trabalho no desenvolvimento académico, pessoal e profissional.

A execução deste documento seguiu as normas de elaboração e apresentação de trabalho escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, as normas de citação e bibliografia preconizadas pela *American Psychological Association* [APA] na sua 6ª edição e foi redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO - O RN E O AMBIENTE TERAPÊUTICO

No capítulo que se inicia pretende-se apresentar a fundamentação teórica que orientou o percurso decorrido ao longo das 22 semanas referentes à prática clínica. O enquadramento teórico pretende clarificar o modelo de enfermagem norteador de todo o percurso, bem como contextualizar a problemática do nascimento prematuro e suas implicações para o desenvolvimento futuro da criança associando o ambiente terapêutico e sua influência. Alicerçado na evidência científica, o capítulo ora versado pretende ser, ainda um contributo para a compreensão aprofundada do fenómeno de enfermagem em estudo.

1.1. MODELO DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

O projeto desenvolvido foi estruturado com base no modelo conceptual da Betty Neuman, modelo assente em quatro conceitos fundamentais, a saber: pessoa, ambiente, saúde e cuidados de enfermagem, conceitos essenciais no âmbito do fenómeno central escolhido. O ambiente, os fatores de stress e a forma como estes influenciam a pessoa, cliente alvo dos nossos cuidados, constituem o foco de pensamento da teórica apurada.

O modelo de Betty Neuman fundamenta-se na teoria geral dos sistemas refletindo a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos (Freese, 2002). Segundo Neuman o domínio da Enfermagem é definido através da interação entre o sistema cliente e o ambiente que o envolve, articulando as várias dimensões, fisiológica, psicológica, desenvolvimental, sociocultural e espiritual (Neuman & Fawcett, 2011).

Neuman inspirou-se na Escola dos Efeitos Desejáveis, cujo principal objetivo dos cuidados de enfermagem consiste em proporcionar a adaptação visando a recuperação do equilíbrio, estabilidade e homeostasia (Brown, 2004; Freese, 2002; Pépin, Kérouac, & Ducharme, 2010). O ambiente, amplamente estudado nesta escola, é definido como toda a influência, situação e circunstâncias suscetíveis de agir sobre o desenvolvimento e o comportamento da pessoa ou grupos (Brown, 2004; Freese, 2002; Pépin, Kérouac, & Ducharme, 2010). O ambiente externo surge como uma representação de tudo o que é externo à pessoa, possuindo as componentes percetivas, operacionais e concetuais, ao passo que o ambiente interno é definido como o estado interno da pessoa com as variáveis fisiológicas, psicológicas, incluindo também as dimensões sociológicas e

espirituais, sempre na perspectiva de desenvolvimento (Brown, 2004; Freese, 2002; Pépin, Kérouac, & Ducharme, 2010).

O modelo de sistemas de Betty Neuman distanciou-se dos modelos tradicionais, afastando-se do conceito doença como problema central, colocando o foco na pessoa como um ser global, como um todo, numa perspectiva holística. Visando o equilíbrio, este modelo dinâmico e abrangente promove uma visão multidimensional da pessoa, família e comunidade (Freese, 2002).

A **pessoa**, enquanto cliente, é definida como um sistema aberto em constante interação com o ambiente, sistema que não corresponde somente ao indivíduo em si, mas pode englobar a família, grupo ou comunidade onde está inserido (Freese, 2002). Enquanto sistema, é composta por uma estrutura básica, o *core* (energia básica que possui os fatores de proteção e sobrevivência da pessoa) e é influenciada por cinco variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual), em que cada uma corresponde a uma parte do todo (Neuman & Fawcett, 2011). Figuradamente, o cliente é descrito por círculos concêntricos, denominados linhas, em que a primeira é a linha normal da defesa, concebida como um nível de saúde desenvolvido e adaptado através do tempo (Neuman & Fawcett, 2011). A linha flexível de defesa surge como um mecanismo protetor que rodeia e protege a linha de uma invasão, porém, quando ocorre uma invasão, através de um stressor, o cliente perde a sua linha de resistência (Neuman & Fawcett, 2011). Por seu turno, os fatores de resistência interna protegem e preservam a estrutura básica contra o agente invasor, sendo caracterizada por aquilo que perturba o equilíbrio da estrutura básica de energia do organismo (Neuman & Fawcett, 2011). Importa ainda salientar as quatro categorias de stresse determinadas no modelo: dor, privação sensorial, perda e mudança cultural (Neuman & Fawcett, 2011).

Outro dos conceitos abordados neste modelo, corresponde ao **ambiente** e a que estão associados três tipos – o intrassistema, o interssistema e o extrassistema, em que, na troca entre sistemas, o cliente adapta o seu comportamento aos estímulos recebidos (Neuman & Fawcett, 2011). Neuman destaca a importância do conceito do stresse enquanto estímulo ambiental e produtor de tensão, que impele à necessidade de reajustamento da pessoa e de adaptação a novos problemas (Neuman & Fawcett, 2011). Os fatores de stresse ambiental, de cariz multidimensional, constituem, em si, um potencial para originar reações, doenças ou desequilíbrios na pessoa (Neuman & Fawcett, 2011). A autora destaca, ainda, a mobilização das interações internas e externas efetivada pela pessoa, no sentido da criação de mecanismos de *coping* protetores, com o intuito de lidar com a ameaça dos vários stressores emergidos ao longo do ciclo de vida (Freese,

2002; Neuman & Fawcett, 2011). Recorrendo a recursos próprios e à sua percepção relativamente aos fatores de stresse, a pessoa desenvolve uma capacidade de resistência e enfrenta os agentes stressores, visando a obtenção de um estado de equilíbrio, ação denominada por homeostasia (Freese, 2002; Neuman & Fawcett, 2011). Através da redução do stresse e quando o seu sistema se apresenta íntegro, a pessoa recupera o seu estado de vida saudável (Freese, 2002; Neuman & Fawcett, 2011).

Neuman descreve **saúde** como um estado contínuo entre bem-estar e mal-estar, implicando a utilização contínua de energia entre o cliente e o ambiente, onde a condição de bem-estar é definida pela estabilidade ótima obtida na harmonia entre o sistema, as partes e as subpartes da pessoa, e o mal-estar a ausência desse estado harmonioso (Neuman, 1995). De forma a manter um nível ótimo de saúde, o cliente lida adequadamente com os stressores, numa procura pelo bem-estar e do qual resulta a satisfação das necessidades do sistema (Neuman, 1995).

A **enfermagem** é definida por Neuman como uma profissão única, cujo principal objetivo é contribuir para a adaptação e ajustamento do cliente, de forma a obter um grau de estabilidade máximo entre as suas partes e subpartes face aos stressores ambientais (Neuman, 1995). No âmbito deste modelo, o Processo de Enfermagem é constituído pelas fases de diagnóstico, finalidades de enfermagem e resultados de enfermagem.

Baseado neste pensamento, o percurso delineado visou a correta identificação, avaliação e classificação das interações dinâmicas entre as diversas dimensões (fisiológica, psicológica, desenvolvimental, sociocultural e espiritual) e a presença real ou potencial de fatores de stresse para o cliente alvo, o recém-nascido doente ou pré-termo (Neuman, 1995). Os fatores de stresse a que os recém-nascidos estão sujeitos devem ser alvo de estudo, no sentido de melhoria das práticas, já que, devido à sua fase de desenvolvimento, não são munidos de estratégias eficazes para lidar com os vários estímulos e, na sequência, atingir um estado de harmonia e bem-estar. O objetivo da enfermagem em neonatologia, à luz do presente modelo, deverá ser a redução de estímulos e a tentativa incessante de controlar os vários stressores, de forma a que o RN consiga manter um grau de estabilidade aceitável, promotor do seu desenvolvimento.

As intervenções de enfermagem deverão ser planeadas de forma intencional, tendo em conta os fatores de stresse existentes, reais ou potenciais, mas que podem afetar, no presente ou no futuro, a harmonia da condição de saúde do cliente (Neuman, 1995). Neuman definiu três níveis

de intervenção, que se passam a elencar: (1) intervenção primária, que resulta da própria percepção do risco e das consequências da possível exposição a determinados fatores de stresse; (2) intervenção secundária, resultante da mobilização dos recursos internos e externos do cliente, de modo a selecionar as estratégias de intervenção que visam a reconstituição do equilíbrio do sistema; e, por fim, (3) intervenção terciária, que emerge da mobilização dos recursos do próprio, de forma a prevenir novas reações aos stressores ou regressão, visando a manutenção do equilíbrio alcançado (Neuman, 1995).

A intervenção ou prevenção primária objetiva a identificação e atenuação dos fatores de risco associados aos stressores ambientais, realçando a promoção da saúde (Neuman, 1995). No âmbito da intervenção secundária pretende-se identificar precocemente os sintomas que surjam após a exposição ao stressor, ao passo que a intervenção terciária pretende coadjuvar nos processos de ajustamento e recuperação, para que o cliente consiga obter, novamente, o seu estado de bem-estar (Neuman, 1995).

O principal objetivo da atuação ao longo das 22 semanas de estágio foi, essencialmente, a identificação precoce de agentes causadores de stresse no RN, nomeadamente devido a fatores ambientais. Após a deteção dos vários fatores que influenciam de forma negativa o ambiente que envolve o RN, procurou-se minimizar ou eliminar os seus efeitos nocivos, providenciando um ambiente o mais adequado possível à promoção do desenvolvimento da criança.

Os resultados de enfermagem edificam o patamar de avaliação e confirmam se a mudança ora pensada e construída, em parceria com o cliente, foi passível de ser atingida ou não (Neuman, 1995). Caso não tenha sido possível, procede-se à reformulação de novas estratégias de intervenção (Neuman, 1995).

O modelo ora apresentado constitui a inspiração base do caminho percorrido, sempre com o foco na melhoria da qualidade de vida da criança e família, enfatizando a sua visão holística e relacionando-a com o ambiente em que está inserido.

1.2. CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: PRINCIPAIS CONCEITOS E MODELOS

Cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediátrica é indissociável dos conceitos de criança e família, em que, segundo a Convenção dos Direitos da Criança, o conceito de criança se refere a todos os seres humanos com idade inferior a 18 anos, e o conceito de família emerge como o meio e elemento natural e determinante da sociedade para a o crescimento e bem-estar dos seus membros, com particular relevância para a criança (Assembleia da República, 1990).

A enfermagem de saúde infantil e pediátrica cuida de todas as crianças e suas famílias, pelo que se assume fundamental destacar os modelos de cuidados inerentes. Assim sendo, é essencial integrar, no presente documento, o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e a Teoria de Cuidados Centrados na Família (CCF).

A História encarrega-se de exibir que os cuidados de saúde à criança sofreram variações ao longo dos tempos. Anteriormente encarada como mais um membro da família, sem grande necessidade de cuidados, seres incompletos, adultos em construção sem os mesmos direitos que os seus pais. A criança era totalmente dependente do poder paternal, aceite apenas como mão de obra para a família (Monteiro, 2006).

Já no século XX, com a declaração de Genebra (1924) sobre os Direitos da Criança, é reconhecida a necessidade da existência de uma proteção especial que salvguarde a criança. A Declaração dos Direitos da Criança foi reconhecida pelas Nações Unidas, tornando-se no tratado sobre direitos humanos mais ratificado de toda a história dos direitos (Monteiro, 2006). A informação disponibilizada pelo documento veio reforçar a necessidade de proteção e de cuidados especiais de que a criança, em virtude da sua imaturidade física e intelectual, carece (Assembleia da República, 1990).

O desenvolvimento da pediatria, enquanto especialidade médica e foco da comunidade científica da época, surge no século XIX (Ferraz & Guimarães, 2004). Inicialmente na Europa, influenciando os Estados Unidos da América, através da fundação da secção pediátrica da Associação Médica Americana, surgem valiosos contributos para o progresso desta especialidade (Ferraz & Guimarães, 2004).

A elevada morbilidade e mortalidade neonatal configurou uma exigência, despertando e motivando a sociedade para a importância da compreensão do fenómeno e dos meios necessários à sua resolução (Ferraz & Guimarães, 2004). Pierre Budin, considerado o pai da neonatologia moderna e responsável, em 1888, pela primeira publicação sobre a prematuridade, introduziu juntamente com Stéphane Tarnier, a consulta do lactente nos cuidados à criança (Ferraz & Guimarães, 2004). Tarnier pensou e desenhou, em 1878, a primeira incubadora, sendo posteriormente melhorada por Budin, que introduziu o controlo térmico, a limpeza e a higiene como elementos chave nos cuidados ao RN (Ferraz & Guimarães, 2004). Nos finais do século XIX, a introdução da incubadora nos cuidados ao RN reduziu para cerca de metade a taxa de mortalidade infantil (Ferraz & Guimarães, 2004).

Em Portugal, os cuidados intensivos neonatais surgem na década de 80, no século XX (Ferraz & Guimarães, 2004). Desde os anos 70 que se verifica uma preocupação com o desenvolvimento científico e tecnológico, salientando-se a progressiva especialização de todos os profissionais de saúde cuidadores dos RN, culminando na melhoria significativa tanto na taxa de mortalidade infantil, como na qualidade de vida das crianças e suas famílias (Ferraz & Guimarães, 2004).

Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança, a família emerge como cuidador principal da criança, assumindo o papel principal na promoção do desenvolvimento completo e harmonioso da personalidade, num ambiente de felicidade, amor e compreensão (Assembleia da República, 1990).

O contexto familiar, económico e social estabelece uma importante influência no bem-estar dos indivíduos, nomeadamente da criança como parte integrante de uma família, inserida num círculo de conhecidos, grupo/comunidade e sociedade (Hockenberry & Wilson, 2015). É nesta medida que a promoção da saúde da criança e jovem é indissociável da compreensão do meio que a envolve, designadamente das crenças de que a sua família dispõe, procurando entendê-las e, sempre que essencial e modo adequado, desmistificar as que podem comprometer, ou comprometem, o desenvolvimento infantil e juvenil saudável (Hockenberry & Wilson, 2015).

Apesar do sentido referido na Convenção dos Direitos da Criança, a família constitui ainda um conceito de difícil definição e ausente de consenso, existindo inúmeras propostas para a sua determinação, pelo que foi adotado o proposto por Hockenberry e Wilson (2015), assumindo como

família o que cada pessoa considerar como tal, cabendo ao enfermeiro esclarecer junto da criança e figuras significativas / pais, quem consideram constituir a sua família e, na sequência, determinar quem exerce o papel parental em cada caso.

Se a parentalidade consigna a assunção de responsabilidade de ser mãe e pai, o papel parental afigura-se papel de membro de família com particular relevância na promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente (ICN, 2015). Assim, a parentalidade emerge como o conjunto de ações realizadas pelas figuras parentais de cada criança/jovem, utilizando os recursos intra e extrafamiliares, com o objetivo de promover o seu desenvolvimento (Cruz, 2013). Parece claro, e unânime nos diversos quadros conceituais existentes, que a educação e a promoção de um nível de vida adequado ao desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social da criança e jovem estão sob a responsabilidade do adulto, constituindo-se direito fundamental da criança (Fonseca & Perdigão, 1999).

Face ao exposto e consignando o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, a atuação do enfermeiro deve incidir o seu foco na parceria de cuidados, reconhecendo os pais da criança como os melhores cuidadores para o seu filho, sob a premissa que promovem o seu crescimento e desenvolvimento com afeto (Casey, 1995). A família deve, então, constituir-se parceira indissociável dos cuidados de enfermagem.

Deste modo, planeamento dos cuidados de enfermagem deve assumir-se como um processo dinâmico e negociado, em que a responsabilidade do cuidado é partilhada, não só com a criança, mas também com a família e o enfermeiro (Casey, 1995). Na ausência dos cuidadores, o profissional de saúde assume a manutenção das rotinas da criança, ao invés das instituídas no hospital (Casey, 1995). Assevera-se ainda, como primordial, a premissa que o EESIP visa o cuidar em parceria com a criança/jovem e família/cuidador, em qualquer contexto em que a mesma se encontre (hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa), com o intuito de promover o seu mais elevado estado de saúde e desenvolvimento possíveis (OE, 2018).

A família, no desempenho das suas funções deverá manter-se como unidade familiar, conservando as especificidades dos seus membros e contribuindo para a resposta às variadas necessidades que vão surgindo. A abordagem, na perspetiva dos CCF, deve basear-se numa perspetiva holística, identificando e valorizando os recursos e competências próprias, promovendo

a capacitação para a autonomia e responsabilização no processo de tomada de decisão e de resolução dos problemas (OE, 2015b).

O enfermeiro assume a função de parceiro, respeitando e integrando a especificidade da família e da criança no cuidar, objetivando a minimização dos fatores stressores da hospitalização, proporcionando conforto e apoio (Sanders, 2014).

A participação dos pais no processo de cuidados assume-se complexa e desafiante para os profissionais, exigindo que desenvolvam competências e capacidades que facilitem a relação, comunicação e a colaboração da criança e família no cuidar. Elencando a singularidade de cada família, os CCF objetivam a maximização da utilização de todos os momentos de contacto para a otimização e promoção do crescimento e desenvolvimento saudável da criança (Hockenberry & Wilson, 2015).

1.3. O RECÉM-NASCIDO DE RISCO

Confrontados diariamente com situações de elevado grau de complexidade, os EESIP devem ser detentores de conhecimento científico atualizado, obtido através da procura constante de informação, garantindo a segurança e excelência nos cuidados prestados.

Inicia-se este subcapítulo com uma revisão crítica da literatura, tipologia de revisão onde os autores resumem, analisam e sintetizam as informações evidenciadas na literatura sem recorrer a uma metodologia pré-definida, permitindo o incremento da literacia referente ao tema que se pretende investigar (Mancini & Sampaio, 2006). Na procura da excelência dos cuidados, é imprescindível basear a prática na evidência.

Anualmente, nascem, a nível mundial, 140 milhões de RN, sendo que a maioria nasce sem complicações não necessitando de qualquer cuidado de saúde após o nascimento (WHO, 2018). Destes, cerca de 15 milhões nascem prematuramente, número que tem sofrido um aumento progressivo ao longo dos anos (WHO, 2018). Num total de 184 países, a taxa de nascimentos prematuros situa-se entre 5 e 18% (WHO, 2018).

Em 2017, em Portugal nasceram 86154 nados-vivos, valor que traduz um decréscimo face a 2016, em 1,1% (INE, 2018). A taxa de nados vivos prematuros foi de 8,1% correspondendo a um

total de 7011 nascimentos (INE, 2018). Relativamente aos nados-vivos com peso inferior a 2500g, estes representaram 8,9% do total de nascimentos, número que representa, igualmente, um aumento face ao registado em 2006 (INE, 2018).

A taxa de mortalidade infantil situou-se nos 2,7 óbitos por mil nados-vivos, valor também inferior face a 2016 (INE, 2018). Em 2017, durante o seu primeiro ano de vida faleceram 229 crianças, menos 53 óbitos que em 2016, ao passo que relativamente à mortalidade neonatal (até aos 28 de vida) verificaram-se 155 óbitos, correspondendo a 1,8 óbitos por mil nados-vivos e 67% dos óbitos até ao um ano de idade, dos quais 101 (65%) ocorreram no período neonatal precoce, isto é, nos primeiros seis dias de vida (INE, 2018).

Analisando os dados supracitados, consegue-se afirmar que fatores como a evolução tecnológica, o incremento da qualidade dos cuidados e a melhoria acentuada dos cuidados perinatais em Portugal, atingindo índices de mortalidade perinatal entre os melhores da Europa, têm contribuído para uma maior taxa de sobrevivência do RN no geral, nomeadamente em idades gestacionais mais baixas (Coughlin, 2014).

Face ao exposto, urge estudar o fenómeno, na perspetiva de redução destes números, bem como na promoção da excelência do cuidado ao RN de risco. Importa não somente garantir a redução da taxa de mortalidade, mas também promover o incremento da qualidade de vida no futuro da criança e família.

A classificação do recém-nascido (criança desde o nascimento até aos 28 dias de vida) pode ser efetivada em relação à idade gestacional, peso ao nascer e relação entre estes dois critérios (Bispo & Nunes, 2012; Tamez & Silva, 2017).

Em função do tempo de gestação, o recém-nascido pode ser definido como pré-termo (RNP), cuja idade gestacional é inferior a 37 semanas de gestação completa, de termo, quando a idade gestacional se situa entre as 37 e as 41 semanas e seis dias, e, pós-termo, sempre que a idade gestacional seja igual ou superior a 42 semanas completas (Bispo & Nunes, 2012; Harding, Cormack, Alexander, Alsweiler & Bloomfield, 2017; Tamez & Silva, 2017).

O recém-nascido prematuro pode ainda ser subdividido em três categorias consoante a idade gestacional: extremamente prematuro, com idade inferior a 28 semanas, muito prematuro, das 28 às 32 semanas, e pré-termo tardio, das 32 às 37 semanas (WHO, 2018).

O RN de risco é aquele que detém uma probabilidade aumentada de morbilidade e/ou mortalidade, e que normalmente deriva de condições ou circunstâncias associadas ao nascimento ou à adaptação à vida extrauterina (Hockenberry & Wilson, 2015). O risco pode surgir no período prévio ao parto, ainda na gestação, ou emergir de complicações decorrentes do parto e do período neonatal precoce (Hockenberry & Wilson, 2015).

O período de alto risco inicia-se no momento da sua viabilidade (após o nascimento) até aos 28 dias de vida e inclui ameaças à saúde e à vida da criança, estando os principais fatores de risco biológico relacionados com o estado fisiológico, nomeadamente com o seu estado de maturação. Assim sendo, os principais problemas associados ao risco no RN, e comumente encontrados nas unidades de neonatologia, são dificuldades respiratórias, instabilidade térmica, hipoglicemia, icterícia, problemas alimentares, problemas no neurodesenvolvimento e infeção (Hockenberry & Wilson, 2015).

A diversidade de cuidados que os RN doentes exigem dos profissionais deve ser amplamente desenvolvida, no sentido da compreensão das necessidades da criança gravemente doente.

A separação do seu ambiente ótimo, nomeadamente do conforto dos seus pais, parece ser acompanhada de um distanciamento emocional dos pais, fator que contribui seriamente para o compromisso do desenvolvimento da criança e das competências parentais (OE, 2015b).

O EESIP, baseando os seus cuidados neste conhecimento deve providenciar um cuidado específico facilitador do desenvolvimento, da vinculação e consequentemente das competências parentais). Importa salientar que o cuidado, no que concerne à promoção do desenvolvimento do RN de termo doente, à luz das teorias identificadas, se assemelha aos cuidados recomendados para os RNP. Assim os cuidados de enfermagem devem ser planeados, tanto quanto possível, tendo em conta a resposta da criança para otimizar a organização do desenvolvimento, do sono e melhorar as manifestações de alerta, tal como nos RNP (Hockenberry & Wilson, 2015).

A prematuridade assume especial relevância na avaliação dos indicadores de saúde perinatal, constituindo a principal causa de risco associado ao RN, a que se une o risco acrescido de compromisso do neurodesenvolvimento entre 15 a 25% (Ferraz, 2017; Halder et al, 2015; Haumont, 2012).

O nascimento pré-termo influencia a evolução saudável da criança (Formiga & Linhares, 2009), aumentando a probabilidade de ocorrência de problemas nas diferentes áreas e momentos do desenvolvimento infantil (Linhares et al., 2000) e cujo crescimento se revela contrário ao esperado e pretendido (Machado, Alves & Couceiro, 2011). A prematuridade permanece a principal causa de mortalidade neonatal, porém a sobrevivência do recém-nascido pré-termo tem vindo a aumentar, incluindo do grande prematuro, cuja idade gestacional é inferior a 28 semanas (Halder et al, 2015; Haumont, 2012).

A imaturidade dos seus órgãos e sistemas coloca o bebé prematuro sob o risco de desenvolver diversas complicações, tais como síndrome de dificuldade respiratória ou hiperbilirrubinémia, e exigem cuidados de enfermagem diferentes dos prestados ao recém-nascido de termo, nomeadamente ao nível de suporte respiratório, termorregulação, nutrição, intolerância à atividade e risco infeccioso (Curado, Marôco, Vasconcellos, Gouveia & Thoyre, 2017; Harding et al., 2017; Hockenberry & Wilson, 2015; Tamez & Silva, 2017).

Apesar da verdadeira causa permanecer desconhecida, a evidência aponta alguns fatores precipitantes de um parto pré-termo, tais como fatores maternos (e.g. desnutrição e/ou doença crónica, história de partos prematuros prévios, hábitos toxicológicos), fatores referentes à gestação em si (e.g. hipertensão, diabetes, descolamento placentário ou placenta prévia, polidrâmnio, rotura precoce das membranas, etc.), assim como anormalidades cromossómicas fetais, anormalidades anatómicas ou infeções intrauterinas (Hockenberry & Wilson, 2015; Tamez & Silva, 2017).

Pese embora os avanços tecnológicos conducentes à melhoria da sobrevivência do prematuro, designadamente do recém-nascido de muito baixo peso ao nascer (Neto, França & Cruz, 2016; Tamez & Silva, 2017), ao bebé pré-termo está associado um maior risco de mortalidade e morbidade (Cleaveland, 2010; Neto, França & Cruz, 2016), dada a tendência aumentada de perda excessiva de peso, intolerância alimentar, hiperbilirrubinémia, hipoglicemia, hipotermia, stresse respiratório, apneia e fraca sucção, comparativamente ao bebé de termo (Cleaveland, 2010). Por

seu turno, o incremento da sobrevivência não resulta na diminuição na taxa de deficiência associada (Halder et al, 2015; Haumont, 2012; Orzalesi & Corchia, 2012).

As sequelas associadas à prematuridade são diversas, podendo ser do foro físico, emocional ou psicossocial (Tamez & Silva, 2017). Infra expõe-se quadro resumo das sequelas físicas (quadro 1).

Quadro 1: Sequelas físicas associadas à prematuridade

SEQUELAS FÍSICAS DA PREMATURIDADE	
Cardiovasculares	Hipertensão arterial Hipertrofia do ventrículo direito Insuficiência cardíaca congestiva
Gastrointestinais	Crescimento insuficiente devido a dificuldade alimentar (p.e. intolerância) Refluxo gastroesofágico Síndrome do intestino curto devido a enterocolite necrosante
Respiratórias	Complicações decorrentes de entubação prolongada Displasia broncopulmonar Propensão a infecções respiratórias Síndrome de morte súbita
Sensoriais	Alterações auditivas (e.g. perda parcial ou total da audição) Alterações visuais: estrabismo, astigmatismo, miopia, cegueira parcial ou total, retinopatia
Compromisso do desenvolvimento	Compromisso neurológico: convulsão, paralisia cerebral Deformidade adquirida por posicionamento incorreto e/ou prolongado na mesma posição durante o internamento em unidade de cuidados intensivos neonatais

(fonte: Tamez & Silva, 2017)

O nascimento prematuro influencia o desenvolvimento saudável da criança (Formiga & Linhares, 2009), aumentando a probabilidade de ocorrência de problemas nas diferentes áreas e momentos do desenvolvimento infantil, considerando-o como um fator de risco biológico (Linhares et al., 2000). Mesmo no RNP cujo internamento decorreu sem intercorrências e/ou complicações, o risco ao nível do neurodesenvolvimento é assinalável, nomeadamente no que concerne a distúrbios de linguagem, dificuldades de aprendizagem ou perturbações emocionais e/ou

comportamentais (Seki & Balieiro, 2009; Tamez & Silva, 2017). No quadro abaixo destacam-se as sequelas emocionais e psicossociais decorrentes da prematuridade (quadro 2).

Quadro 2: Sequelas emocionais e psicossociais associadas à prematuridade

SEQUELAS EMOCIONAIS E PSICOSSOCIAIS DA PREMATURIDADE	
Cognitivas	Deficiência cognitiva com baixos coeficientes de inteligência e comportamento
Comportamentais	Alienação: autismo Défice de atenção Dificuldade em se adaptar a novas situações Hiperatividade Parca consolabilidade
Dificuldades de aprendizagem	Atraso no início da fala Descoordenação auditiva e/ou visual Dificuldades na coordenação, planejamento e organização
Emocional e social	Autoestima diminuída Comportamentos de auto e/ou heteroagressividade Elevado grau de dependência face ao outro Falta de confiança em si e no Outro Falta de sentido de culpa e/ou remorso Irritabilidade aumentada Tendência para quadros ansiogênicos e/ou depressivos

(fonte: Seki & Balieiro, 2009; Tamez & Silva, 2017)

Ainda no âmbito das sequelas associadas aos RNP, Nosarti et al. (2012) referiram que esta população possui maior probabilidade de desenvolver doenças do foro mental, conseguindo quantificar esta possibilidade, comparando a sua prevalência no RN de termo, tal como evidenciado no quadro 3.

Quadro 3: Prevalência da doença mental no RNP, quando comparado com o RN de termo

DOENÇA DO FORO MENTAL E A SUA PREVALÊNCIA NO RNP		
Problema de saúde	IG entre 32-36 semanas	IG inferior a 32 semanas
Esquizofrenia	1,6 x	2,5 x
Distúrbio depressivo	1,3 x	2,9 x
Distúrbio bipolar	2,7 x	7,4 x

(fonte: Nosarti et al., 2012)

Não obstante toda a informação divulgada até ao momento, importa não esquecer que o RN de termo gravemente doente é igualmente suscetível, quando comparado com um RNP, necessitando de cuidados específicos semelhantes que contribuam para a promoção do seu desenvolvimento saudável e adequado (Coughlin, 2014), pelo que à luz da filosofia norteadora de todo o percurso formativo, foi igualmente considerado e configurou equitativamente o foco do cuidar especializado que se impõe imperativo nesta fase.

1.4. CUIDADOS CENTRADOS NO DESENVOLVIMENTO

O avanço da tecnologia associada ao desenvolvimento da medicina na área dos cuidados neonatais tem contribuído para a redução da mortalidade infantil e em especial entre os RN gravemente doentes e os prematuros. O contexto da UCIN continua ainda a ser um exemplo paradigmático de que o desenvolvimento técnico-científico referido pode traduzir-se num potencial efeito devastador na criança e na sua vida futura, devido à exposição frequente a fatores contributivos para a morbilidade (Coughlin, 2014). Assume-se como imperioso repensar e reorganizar o cuidado de enfermagem num ambiente particularmente vulnerável ao RN e suas famílias. O presente subcapítulo, ancorado nos mais recentes alicerces teóricos e evidência científica de referência, pretende ser orientador da prática numa lógica permanente de um cuidado de enfermagem de excelência.

A literatura evidencia as diferenças precoces no desenvolvimento cerebral entre RNP e RNT, destacando a influência da experiência sensorial no desenvolvimento cortical (Zomignani, Zambelli & Antonio, 2009), pelo que os CCD asseveram um modelo de cuidados nas unidades de neonatologia essencial à preservação do bem-estar físico e mental do RN de risco e,

concomitantemente, à prevenção de patologias associados a uma vivência traumática tão precoce (Coughlin, 2014).

Os CCD baseiam-se na premissa integradora identificando que a interação do RN com o meio envolvente constitui uma experiência sensorial, que pode culminar numa consequência positiva ou negativa para o desenvolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC). A percepção da experiência sensorial ocorre através dos vários órgãos dos sentidos tais como a visão, o tacto, o olfato e a audição integrando ainda o sistema visceral e o sistema propriocetivo (Cunha et al., 2006).

O desenvolvimento do SNC é determinado por um complexo processo de divisão celular, diferenciação, migração e alinhamento inicial influenciado por um cuidadoso plano dirigido geneticamente, onde a contínua proliferação neuronal, migração de axónios e formações sinápticas determinam o desenvolvimento das diferentes estruturas cerebrais (Laudert et al., 2007). No nascimento prematuro, as etapas de desenvolvimento do SNC mencionadas são interrompidas, quebrando-se assim o desenvolvimento cerebral saudável e expectável (Laudert et al., 2007).

Desde o período neonatal, e até aos 3 anos de vida sucedem-se inúmeros refinamentos e reestruturações das conexões neuronais. Esta fase inicial, nomeada sinaptogénese, direccionada ao refinamento sináptico e de maturação cerebral, é considerada como uma etapa crítica ou sensível, pois é influenciada por fatores ambientais que podem manipular o desenvolvimento do cérebro em formação (Laudert et al., 2007). Habitualmente, o desenvolvimento do SNC acontece no meio intrauterino, ambiente protegido com um aporte contínuo de nutrientes, temperatura estável e ritmos biológicos regulares. O nascimento prematuro interrompe esta simbiose e transporta o RNP para uma UCIN, onde, geralmente, se assiste a uma sobrecarga sensorial prejudicial para o seu desenvolvimento (Als, 1986; Gomes-Pedro et al., 2005).

Não obstante à necessidade premente de responder adequadamente às necessidades biológicas e fisiológicas do RN, nomeadamente a nutrição, hidratação, termorregulação, proteção do sono ou prevenção da dor, a abordagem desenvolvimentista introduz as necessidades psicoemocionais como fundamentais para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento do RN. A sensação de segurança por via da relação humana com os seus pais/cuidadores e o seu grupo social e familiar traduz-se igualmente essencial para a promoção de um desenvolvimento saudável (Als, 1982; Als & Gilkerson, 1997; Coughlin, 2014). Todos os RN de risco são internados numa UCIN, experienciando a separação dos seus cuidadores, pelo que se assume como fundamental reaver

estes aspetos e promover um cuidado estruturado, focado no paradigma positivo da saúde, ou paradigma salutogénico, que se edifica em oposição ao modelo biomédico e inerente paradigma patogénico.

É transversal a vários autores que a maioria das práticas nas UCIN são inconsistentes e pouco definidas do ponto de vista da conceção atualmente (Als & McAnulty, 2000; Constante, 2017; Coughlin, 2014; D'Agata, Coughlin & Sanders, 2018); Halder et al., 2015; Laudert et al., 2007). Assevera-se assim, a necessidade premente de definir e operacionalizar os CCD, assentando num conjunto de diretrizes ou guidelines que permitam uma prática sistematizada e baseada no conhecimento existente atualmente (Als & McAnulty, 2000; Constante, 2017; Coughlin, 2014; D'Agata et al. (2018); Halder et al 2015; Laudert et al., 2007).

O modelo dos CCD implica a visão holística da criança, família e ambiente ressaltando que é no equilíbrio das variáveis implicadas que se promove a estabilidade e a redução da prevalência de sintomas de stress, potenciando as habilidades de autorregulação e organização do RNP. Os cuidados prestados com o objetivo da promoção do desenvolvimento devem ser transversais iniciando-se no período pré-natal, passando pelo intraparto, nascimento, hospitalização, alta e consequente transição para casa (Kenner & McGrath, 2004).

Tal como anteriormente referido, o internamento na UCIN representa um trauma de vida precoce. O neurocientista Stephen Porges, defende a teoria polivagal, assentando na compreensão do impacto negativo das experiências que constituem um stress para o neurodesenvolvimento. Refere que é a forma como o RN processa a informação recebida pelo meio ambiente, que condiciona as mudanças evolutivas do sistema nervoso. Introduce um novo conceito, “*stress tóxico*”, que se refere à ativação prolongada dos sistemas de resposta ao stress, comprometendo o desenvolvimento cerebral e aumentando a suscetibilidade individual da saúde mental na fase adulta (Coughlin, 2016; Sanders & Hall, 2017).

Importa ainda referir que a teoria sinactiva do desenvolvimento surge após inúmeras observações naturalistas realizadas por Heidelise Als. Esta autora veio explicar que o RN é concebido num sistema dinâmico de sucessiva diferenciação de vários subsistemas nomeadamente o autonómico, motor, estado e atenção/interação (Als, 1982, 1986). Assim, quando o RN é submetido a constante sobrecarga sensorial, apresenta dificuldades em gerir energia de forma a atingir a regulação em todos os seus subsistemas (Als, 2015), demonstrando sinais de exaustão e

stress. A dinâmica entre a qualidade da interação do RN com o cuidador e o ambiente em que está inserido, influencia o desenvolvimento da capacidade de adaptação, refletindo a maturidade do SNC e a organização comportamental emergente (Als, 2015).

O RN alterna estados de alerta calmo, exibindo comportamentos de estabilidade, com estados de stress, demonstrando a sobrecarga e a incapacidade em gerir o estímulo a que está sujeito, pelo que importa caracterizar os comportamentos de estabilidade e de stress revelados pelo prematuro (quadro 4).

Quadro 4: Comportamentos de stress/Comportamentos de estabilidade dos RNP

COMPORTAMENTOS DE STRESS/COMPORTAMENTOS DE ESTABILIDADE DOS RN	
Comportamentos de estabilidade	Estabilidade fisiológica Respiração regular, suave e estável Coloração rosada e estável Ausência de soluços, bolçados ou engasgamento Movimentos suaves e controlados Tónus consistente com a idade corrigida e postura mantida Estratégias motoras de autorregulação bem sucedidas Facilidade de identificação dos estados de alerta Facilidade em manter os estados de alerta (alerta calmo, sono profundo) Mudanças suaves entre estados de sono e alerta Olhar com brilho, atenção focada no objeto/pessoa Sensível a estímulos visuais, auditivos e táteis, mantidos e prolongados Mudança suave de atenção quando submetido a mais do que um tipo de estímulo
Comportamentos de stress	Instabilidade fisiológica com respiração irregular, apneia, dificuldade respiratória Coloração marmoreada, pálida ou cianosada Soluços, bolçados, gemido, tosse, espirros, bocejos, suspiros Tremores, contrações musculares Membros em extensão, dedos em “aceno”, hiperextensão do pescoço, tronco arqueado Sem estratégias de autorregulação Irrequieto, mudanças rápidas e abruptas dos estádios Olhar vidrado, fúrias de choro, olhos fechados ou vigília prolongada Dificuldade em interagir com o meio ambiente Sinais de stress quando exposto a mais do que um estímulo

(fonte: Hockenberry & Wilson, 2015).

A meta dos CCD centra-se na minimização dos estímulos nocivos e na individualização da estimulação baseada nas respostas comportamentais e fisiológicas do RN, providenciando um ambiente de cuidados devidamente estruturado que promova o desenvolvimento do bebé (Coughlin, 2016; D'Agata et al., 2018).

São várias as teorias sobre os CCD. Destacam-se duas por serem as que a literatura revela maior evidência.

O Programa Individualizado de Cuidados Desenvolventais e de Avaliação do RN (*Newborn Individualized Development Care and Assessment Program- NIDCAP*) foi concebido para dar resposta à necessidade de implementação dos cuidados para o desenvolvimento (Als, 2015). O NIDCAP corresponde a um programa de intervenção neonatal, ao qual a literatura destaca diversos benefícios, tais como a melhoria da estabilidade fisiológica, emocional e cognitiva do RNPT; a redução do tempo de ventilação mecânica e do internamento; um melhor crescimento do bebé; uma menor gravidade da doença crónica pulmonar e por fim, a valorização das oportunidades de interação precoce pais-filho através da otimização das competências parentais e satisfação dos pais (Als et al., 2004). Apesar das vantagens referidas nos estudos e publicações lideradas por Heidelise Als, saliente-se a ausência de evidências claras dos seus benefícios, no sentido da recomendação do programa NIDCAP como o único padrão de cuidados aos RN (Ohlsson & Jacobs, 2013; van de Pal et al., 2008). Por outro lado, o NIDCAP obriga a um investimento mais elevado no que concerne aos recursos humanos e financeiros, quer para a sua implementação, quer para a sua manutenção, pois exige profissionais com formações e treino específicos, avaliações regulares dos enfermeiros, existindo a obrigatoriedade de estes serem efetuados por entidades únicas, próprias e creditadas (Ohlsson & Jacobs, 2013; van de Pal et al., 2008). Não obstante as múltiplas vantagens apresentadas pelo programa ora mencionado, foi necessário recorrer a outros quadros teóricos que objetivassem, também, a promoção do desenvolvimento, mas cuja evidência tivesse acessível através de consulta à literatura disponível.

Recentemente foi proposto o modelo Universo dos Cuidados Desenvolventais (*Universe of Developmental Care, UDC*). Baseado na premissa de que a família é parceira nos cuidados, definiu como metas padrão, o ambiente terapêutico, a proteção do sono, a gestão da dor, atividades de vida diárias adequadas à idade (incluem atividades que suportam o posicionamento, os cuidados à pele e alimentação) e ainda os cuidados centrados na família, designando-as medidas centrais centrais (*core measures*; Coughlin, 2014; Gibbins, Hoath, Coughlin,

Gibbins & Franck, 2008). Todas estas medidas emanam orientações de cuidado aos RN na sua perspectiva holística.

Este modelo alicerça-se na Teoria Sinativa do Desenvolvimento, favorece um novo enquadramento das práticas de cuidados baseadas na evidência disponível de forma universal e baseia-se no conhecimento de que o desenvolvimento embrionário da pele do RN deriva da ectoderme, logo possui a mesma origem embrionária do cérebro (Als, 1982, 1986). O RN, à luz do presente modelo, surge como um organismo dinâmico, constituído por sistemas fisiológicos internos e por uma superfície de cuidados externos, em que o acesso aos sistemas corporais internos ocorre através da pele, enquanto superfície partilhada, elo de ligação entre o RN e o ambiente (Als, 1982, 1986; Coughlin, 2014; Gibbins et al., 2008). A pele assume, assim, o foco das interações humanas, incluindo uma reciprocidade com a família e os cuidadores (Coughlin, 2014; Gibbins et al., 2008).

O modelo dos UCD assume uma representação gráfica (figura 1, infra exposta) semelhante à do sistema solar, retratando um ambiente de cuidados centrados no RN, colocando-o como foco central. A envolver o RN estão diversos planetas, representativos das várias necessidades de vida do RN, sendo que o acesso a estes sistemas corporais internos ocorre em toda a superfície de cuidados partilhados (Gibbins et al., 2008). A família é colocada tão próxima quanto possível do bebé de forma intencional, ao passo que a envolver a família /RN surgem os profissionais de saúde, criando uma relação baseada na teoria de parceria e cuidados centrados na família (Gibbins et al., 2008). A órbita externa relaciona-se com as anteriores e é representativa do ambiente terapêutico, composto por ambiente humano, organizacional e físico (Gibbins et al., 2008).

Figura 1: Modelo do Universo dos Cuidados Desenvolvementais



(fonte: Coughlin, 2014)

1.4.1 Otimização do ambiente terapêutico

No âmbito do mestrado, e planeando o percurso formativo, assumiu-se a medida central **Ambiente Terapêutico** como a norteadora do trajeto. Apesar do enorme interesse pelo cuidado global ao RN de risco, a inspiração em Florence Nightingale e na sua Teoria Ambientalista configurou o motivo de eleição pela medida central identificada.

Florence Nightingale, no século XIX, defendeu a importância de se proporcionar um ambiente seguro aos indivíduos, saudáveis ou em contexto de doença, pois considerava que as condições externas afetavam o desenvolvimento do organismo humano, podendo contribuir para a doença e, conseqüentemente, para a morte (Costa, Padilha, Amante, Costa & Bock, 2009).

Nightingale salientou que o primeiro dever de um hospital é não causar mal aos doentes, invocando a importância da garantia de segurança nos cuidados oferecidos (Costa et al., 2009). Com o foco no ambiente seguro e saudável, introduziu algumas medidas inovadoras na área da higiene, promovendo a limpeza dos quartos e paredes, a utilização de antissépticos, e, ainda, agrupando doentes com a mesma patologia, evitando a contaminação cruzada (Costa et al., 2009). A luz e o ruído configuraram também uma preocupação no cuidar. Enfatizando a ideia de que bastava um fator do ambiente desequilibrado, Nightingale refere que o doente necessitaria de maior gasto energético para reagir face ao stress ambiental (Costa et al., 2009). Reforçou ainda que o enfermeiro deveria ser o principal promotor de um ambiente seguro, a quem cabia

proporcionar ao doente todas as condições necessárias e ótimas à sua recuperação (Costa et al., 2009).

Coughlin (2014) esclareceu que o ambiente terapêutico interfere diretamente na recuperação do RNP e no RN de termo gravemente doente, sendo estes RN particularmente vulneráveis a tudo o que os rodeia.

O ambiente terapêutico engloba três dimensões assumidas como atributos integrados de formas distintas entre si, contudo apoiadas por um conjunto de evidências que demonstram a sua relevância em vários domínios, nomeadamente no que concerne aos domínios clínicos, psicoemocionais e económicos (Coughlin, 2014). A promoção da combinação dos vários domínios, segundo a autora, facilita a neuroprotecção do RNP, bem como garante o respeito pela dignidade humana e o apoio socioemocional através da promoção da presença assídua da família. As três dimensões exploradas referem-se ao ambiente físico, humano e organizacional (Coughlin, 2014).

O ambiente físico engloba o meio sensorial, a apresentação física e o ambiente estético, e deve corresponder a um espaço relaxante, espaçoso e esteticamente agradável, onde seja propício o desenvolvimento de relações terapêuticas (Coughlin, 2014, 2016). A apresentação física e o ambiente estético constituem fatores importantes que contribuem para o bem-estar, alívio e esperança dos doentes e suas famílias, a que acresce o aumento da motivação profissional (Coughlin, 2014). Apesar de existirem várias definições do que será um ambiente agradável, o fundamental é que seja proporcionado um espaço facilitador e promotor da parentalidade (Coughlin, 2014).

Relativamente ao meio sensorial, a teoria ora versada pretende que todos os cuidados se baseiem na promoção de experiências que proporcionem o desenvolvimento dos sistemas referentes aos sentidos (sistemas sensorial tátil, gustativo, olfativo, auditivo e visual; Coughlin, 2014, 2016). É baseado no estudo destes sistemas que a teoria sugere a promoção do método canguru, da contenção e do colo (Coughlin, 2014, 2016).

O controlo do ruído e da luminosidade também objetiva o desenvolvimento saudável destes sistemas. O nível médio máximo sonoro não deve ser superior a 45dB de forma a favorecer a recuperação e desenvolvimento do RNP (Coughlin, 2016). Este nível é considerado um “quase silêncio”, já que o limiar auditivo se situa nos 20-25 dB e o diálogo humano produz cerca de 50 dB

(Coughlin, 2016). Os níveis propostos por Coughlin (2016) promovem a proteção do sono e a estabilização dos sinais vitais. A OMS recomenda que não se excedam os 30db nos serviços de internamento e a Associação Americana de Pediatria publicou em 1997, uma declaração, que refere que níveis de ruído superiores aos 45db nas UCIN seriam preocupantes. A Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) recomenda que o nível de ruído nas UCIN se fixe nos 45dB e que sons transitórios não excedam os 65dB (SPP, 2018b)

No que concerne à audição, as estruturas anatómicas periféricas estão desenvolvidas às 22 semanas de idade gestacional, e a partir das 24-25 semanas surgem reações comportamentais e fisiológicas, como o pestanejo ou o sobressalto, em resposta às variações bruscas de som (Birnholtz & Benacerraf, 1983). O ambiente acústico hospitalar frequentemente possui sons agudos e intensos. Existe evidência que o ruído excessivo, desorganizado e imprevisível pode influenciar negativamente o desenvolvimento neurocognitivo dos RNP e até originar défice de atenção e alterações nas capacidades precoces de comunicação (Filippa et al., 2017).

Contemplando os resultados de um estudo multicêntrico de avaliação de ruído numa UCIN da região de Lisboa e Vale do Tejo, em Portugal, os níveis de ruído registados situaram-se entre os 58,2 e os 65,4 dB na zona central da unidade e entre 51,2 e 61,4 dB no interior das incubadoras (Nicolau, Casal, Lopes & Kronenberg, 2005). Foi ainda realizada esta avaliação numa UCIN da região Centro, tendo sido obtida uma média de 52,21 dB no período diurno (8h-20h), e de 48,63 dB no período noturno (20h-8h) (Ferraz, Ferreira, Almeida, Costa & Alves, 2016). A intensidade média sonora teve uma variação entre 40,57 dB e 54,15 dB, verificando-se os períodos de maior ruído durante o período do dia (Ferraz et al., 2016). Não obstante ao facto de constituir um risco para o desenvolvimento do RNPT, o ruído ambiental é também um fator de stresse patológico para os profissionais, podendo contribuir para o aumento do risco de erro, bem como para o aumento da tensão arterial, cefaleias, irritabilidade e fadiga (Albuquerque, Valente, Oliveira & Albuquerque, 2006).

Importa referir que o RN deve ser exposto ao som, devendo encorajar a mãe a falar com o bebé durante o dia, promovendo a musicoterapia suave através de canções com registo vocal da mãe e ainda com sons biológicos maternos (Coughlin, 2014).

Pese embora o facto de o ruído constituir um estímulo negativo para o desenvolvimento do RN, a luminosidade tem sido alvo de estudos para se perceber o seu impacto nos bebés.

Não é consensual a intensidade de luminosidade ótima para o RNP ou RN gravemente doente, contudo é unânime que estímulos muito intensos, como luzes brilhantes diretas e repentinas constituem um fator de stresse para o bebê. O ambiente luminoso deve ser adequado ao RN, bem como às práticas de cuidados que se impõem em cada momento, contudo recomenda-se a proteção ocular quando é estritamente necessário o uso de luz intensa e direta (Coughlin, 2014). Também para os profissionais o ambiente demasiado luminoso é prejudicial, interferindo na acuidade visual e na sua capacidade de execução técnica, a que acresce a influência negativa no seu ritmo circadiano, principalmente nos turnos da noite (SPP, 2008).

O processo inerente ao desenvolvimento da visão humana é complexo, completando-se estruturalmente aos três anos e funcionalmente cerca dos 12 anos (SPP, 2018a). O período que se inicia na vida intrauterina e posteriormente no exterior são essenciais para se desenvolver um sistema visual maduro e eficaz (SPP, 2018a). As pálpebras podem permanecer encerradas até cerca das 25-26 semanas, após a sua abertura e até às 32 semanas permanecem muito finas, não possuindo capacidade de permanecerem sempre bem cerradas, o que se traduz na exposição desprotegida do olho à luz, já que a constrição pupilar surge apenas após as 30 semanas de idade gestacional (SPP, 2018a).

A luminosidade intensa, artificial e brilhante, a privação do sono, entre outros fatores, afetam fortemente o desenvolvimento global e neurosensorial (SPP, 2008). Assim não deve exceder-se os 10-600 lux no período diurno (conforme o bebê esteja a dormir ou acordado) e os 5 lux durante a noite (SPP, 2018a).

Coughlin (2014), referindo-se ao ambiente humano, destaca a comunicação eficaz como alicerce da cultura de segurança que transmite confiança, de forma a facilitar as relações interprofissionais e da família-equipa. Para a mesma autora os CCD, bem como os cuidados centrados na pessoa e família devem respeitar um paradigma baseado na evidência, devendo para isso, as instituições (ambiente organizacional) contribuir para a implementação de ações clínicas padronizadas e uniformes, não permitindo que os profissionais se baseiem nas suas preferências individuais ou crenças pessoais (Coughlin, 2016; Golec, 2009).

A evidência expõe que os CCD contribuem para o desenvolvimento saudável do RN, contudo existem algumas limitações à sua implementação, nomeadamente devido ao carácter

tecnológico existente nas UCIN e ainda pela necessidade dos cuidados médicos urgentes e prioritários de que muito frequentemente estes bebés carecem (Kenner & McGrath, 2004).

Proporcionar um ambiente propício ao desenvolvimento do RNPT, que minimize os efeitos negativos do internamento numa UCIN, é um aspeto que deve ser inerente aos cuidados prestados pelo EESIP, e foi com base nestas premissas que o percurso formativo foi delineado.

Em Portugal, no âmbito de um estudo quantitativo, de tipo descritivo-correlacional, foi aplicado o questionário “*Quantum Caring Practice Self-Assessment*”, traduzido e validado, a 217 enfermeiros a exercer a sua atividade profissional em UCIN. Na sequência, Ferraz (2017) concluiu que as medidas centrais dos CCD ao RNPT são realizadas, porém não com a frequência recomendada, já que a maioria dos enfermeiros (65,4%) referiu que apenas “às vezes” adota estas práticas e 14,3% dos enfermeiros ainda considerou que raramente são concretizadas. Por seu turno, apenas 18,9% dos enfermeiros inquiridos referiu que a sua prática se baseia nos CCD de forma frequente (Ferraz, 2017). Não obstante o recomendável ser uma maioria aplicar frequentemente estas práticas, tal não acontece (Ferraz, 2017).

Face ao explanado compreende-se a extrema importância dos CCD, nomeadamente no que concerne à promoção de um ambiente terapêutico saudável, e conclui-se que esta prática não está a ser implementada de forma consistente nas UCIN portuguesas. Ferraz (2017) e Coughlin (2016) sugerem uma mudança global na cultura e comportamento da equipa disciplinar, bem como o incremento da formação e investimento organizacional nesta área. Assim entende-se a pertinência da temática abordada no âmbito dos estágios propostos para a sua implementação. O percurso delineado teve por base promover o cuidado baseado na promoção do desenvolvimento do RN, visando sempre incitar alterações no âmbito do ambiente físico, humano e organizacional.

A adesão a padrões de cuidados de apoio ao desenvolvimento exige uma mudança de coração e mente, para abraçar a nossa humanidade compartilhando-a com os pequenos seres que cuidamos diariamente (Coughlin, 2016).

1.5. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O título de Enfermeiro Especialista reconhece competências científicas, técnicas e humanas para que, além dos cuidados gerais, estes possam prestar cuidados de enfermagem especializados, na área clínica de cada especialidade (número 3 do artigo 4.º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro; OE, 2015a).

O Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015a) institui o dever do exercício profissional com adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando medidas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e dos serviços de enfermagem (alínea a) do número 1 do artigo 76º; OE, 2015a).

A Ordem dos Enfermeiros (2017) destaca ainda a importância da reflexão sobre a prática de forma a definir objetivos e estratégias que contribuam para a definição dos padrões de qualidade. Na procura da excelência do cuidar (artigo 88.º do CDE; OE, 2015a), o profissional de enfermagem analisa regularmente a sua prática, reconhece eventuais falhas e procura adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa ou grupo destinatário.

No âmbito do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) foram definidos quatro domínios: (A) responsabilidade profissional, ética e legal, (B) melhoria contínua da qualidade, (C) gestão dos cuidados e, por último, (D) desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). Sem negligenciar ou minorar nenhum daqueles domínios, importa salientar, no que à implementação de projetos de intervenção diz respeito, os referentes às aprendizagens profissionais e à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, dado o desenvolvimento de competências que visam o diagnóstico de situação, e a consequente definição de estratégias e ações promotoras da resolução dos problemas identificados, em estreita articulação com a equipa multidisciplinar, adaptando a liderança e a gestão dos recursos à situação e conjunturas vivenciadas (alíneas a e b) do artigo 7.º do RCCEE (OE, 2019).

O planeamento e implementação de projetos interventivos e processos formativos configuram um contributo inestimável para a literacia das equipas e possibilitam o desenvolvimento da qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde, fomentando uma prática ética e profissional na equipa que lidera.

A Carta da Criança Hospitalizada consagra também o dever do hospital em proporcionar à criança/jovem um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, tanto no aspeto do equipamento, como do pessoal e da segurança (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2008). Ao Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica cabe, assim, ser protagonista nas intervenções inerentes à definição de políticas e estratégias de saúde visando a qualidade e segurança na abordagem da saúde infantil e pediátrica, independentemente do contexto em que é exercida (OE, 2017), adotando um papel impulsionador na criação de ambientes acolhedores e na edificação de uma base estrutural alicerçada em evidência científica de onde possam ser emanados guias orientadores da, e a para a, prática de enfermagem, de que os CCD são ímpar exemplo.

A especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem como objetivo munir o enfermeiro de competências para o cuidado em situação complexa, capacitando-o para a antecipação e a resposta nos diferentes contextos de atuação, incluindo a avaliação das necessidades da criança/jovem e família e prestação de suporte ao ajuste que as modificações em saúde e na dinâmica familiar sempre incitam (OE, 2018).

O EESIP utiliza o modelo conceptual centrado na criança/jovem e família, encarando sempre este binómio como o beneficiário dos seus cuidados (OE, 2017), asseverando a criança enquanto ser vulnerável e valorizando os pais como os principais prestadores de cuidados, almejando a preservação da segurança e bem-estar de todos os elementos e a maximização do seu potencial de crescimento e desenvolvimento (OE, 2018), premissa também defendida pelo modelo dos CCD.

Face ao exposto, é possível depreender a pertinência da organização do percurso formativo, bem como da elaboração do projeto de intervenção adiante edificado com vista à contribuição para o incremento da qualidade dos cuidados de enfermagem, pertinência que está na génese da solicitação que subjaz à avaliação da unidade curricular onde o presente documento se inscreve.

No cuidar especializado do recém-nascido de risco baseado na promoção do seu desenvolvimento saudável, é primordial conhecer aprofundadamente as suas competências e estabelecer com os seus cuidadores uma relação de ajuda e crescimento mútuo, em que a promoção da literacia da família e cuidadores assume particular relevo, procurando estratégias de

educação para a saúde e munindo-as de sabedoria para a tomada de decisão consciente e informada.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PERCURSO

O capítulo ora iniciado pretende apresentar o percurso desenvolvido desde o estágio I ao estágio final. Inaugurando cada subcapítulo com uma breve caracterização dos contextos onde decorreram os estágios, pretende-se, de seguida, demonstrar o percurso de aprendizagens, promotor da aquisição e desenvolvimento das competências de mestre e de especialista em enfermagem da saúde infantil e pediátrica.

2.1. CAMINHANDO: DE GENERALISTA A ESPECIALISTA

O percurso foi desenvolvido no estágio I e estágio final. O estágio I decorreu de 14 de maio a 22 de junho, numa Unidade de Saúde Familiar (USF). O estágio final foi realizado em três contextos distintos. A primeira fase teve início a 17 de setembro e ocorreu num internamento de Pediatria, durante quatro semanas, a 15 de outubro iniciou-se a segunda fase, na Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria (UCIPED) e por fim, a terceira e última fase, com início a 12 de novembro, durante oito semanas, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Em consonância com o projeto inicialmente edificado, foram escolhidos os serviços e as áreas de intervenção para a realização dos estágios. Foi também considerada a possibilidade de múltiplas e variadas experiências, promotoras do desenvolvimento de competências inerentes aos cuidados de enfermagem especializada em saúde infantil e pediátrica. Não obstante o facto da população alvo ser toda a idade pediátrica (18 anos menos 1 dia ou no caso de doença crónica poderá ir até aos 21 anos), um dos critérios que contribuiu para a escolha dos locais foi serem contextos que prestam cuidados a um número elevado de RN, podendo assim implementar-se o projeto previamente formulado. Face ao exposto e baseando o percurso numa prática reflexiva, foi possível integrar um processo dinâmico de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, na área especializada de saúde infantil com a implementação do projeto inicialmente formulado.

Este capítulo é constituído por quatro subcapítulos, correspondendo cada um ao local de estágio onde foi desenvolvido o processo formativo. Cada subcapítulo integra uma breve caracterização do local, bem como a explanação das principais atividades desenvolvidas, incidindo a reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências de EESIP.

2.1.1. Unidade de Saúde Familiar

Os CSP atualmente possuem, na sua génese, um conjunto de cuidados de saúde que visam a prevenção e prestação de cuidados na doença, a promoção da saúde através da continuidade de cuidados articulando com outros serviços de saúde (ERS, 2016). Reconhecidos por se situarem na primeira linha servindo a população, numa política de proximidade, os CSP objetivam essencialmente, a prevenção da doença e a promoção da saúde.

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) foram criados após a publicação do Decreto-lei nº28/2008, de 22 de fevereiro, estabelecendo o seu regime de funcionamento e organização, configurando a estes, autonomia administrativa (Ministério da Saúde, 2008). Objetivando a garantia de prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica, foram agrupados um ou mais centros de saúde, organizados em Unidades Funcionais, designadamente, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), USF, Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP; Ministério da Saúde, 2008).

A USF onde decorreu o estágio pertence a um ACES do distrito de Setúbal, abrange duas freguesias, sendo uma delas caracterizada pela integração de um elevado número de cidadãos imigrantes. De acordo com dados obtidos na unidade de saúde, dos 18.134 utentes inscritos na USF, 3.541 são crianças e jovens até aos 19 anos, correspondendo a cerca de 19% do total da população, ao passo que cerca de 22% dos inscritos corresponde a mulheres em idade fértil (BI-CSP, 2019), pelo que se prevê que o número de utentes em idade pediátrica tendencialmente aumente nos próximos anos.

A sua missão é a prestação de cuidados de saúde globais e de excelência, ao longo de todo o ciclo de vida, por profissionais responsáveis, competentes e interessados. Pretende investir no futuro da saúde da população, promovendo a participação ativa e responsável dos utentes, envolvendo os recursos existentes na comunidade, bem como o desenvolvimento profissional e pessoal dos seus profissionais.

A equipa da USF é constituída por 10 médicos, 10 enfermeiros e 6 secretários clínicos. A organização dos cuidados de enfermagem é orientada segundo o conceito de enfermeiro de família, estando cerca de 1900 utentes atribuídos a cada profissional de enfermagem. Do total de

enfermeiros, quatro são especialistas, sendo um em Enfermagem de Saúde Comunitária, um em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e dois em Saúde Materna e Obstétrica. A enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica acumula funções de gestão e coordenação da USF na área da Enfermagem.

O enfermeiro de família, segundo o Decreto-Lei nº 118/2014, de 5 de agosto, sendo um profissional de enfermagem integrado numa equipa de saúde multidisciplinar, assume a prestação de cuidados de enfermagem globais a todas as famílias, em todas as fases da sua vida e em todos os contextos existentes na comunidade (Ministério da Saúde, 2014^a). Todos os enfermeiros da USF realizam as atividades inerentes aos vários programas existentes na unidade de saúde (saúde infantil e juvenil, saúde materna e planeamento familiar, vacinação, diabetes, visita domiciliária, saúde do adulto, sala de tratamentos e consulta aberta), sendo que cada programa tem um enfermeiro responsável, designado por interlocutor.

A EESIP desenvolveu na USF, desde 2015, a Consulta Autónoma de Saúde Infantil e Juvenil, pretendendo a realização de consulta de saúde infantil às crianças e jovens de forma autónoma. Estabeleceu objetivos e critérios de marcação de consulta, nomeadamente as idades alvo (4 ou 6 meses, 9 meses, 15 meses, 18 meses, 3/4 anos, 6/7 anos e aos 10 anos). Nestas idades, a criança e família contactam apenas com a EESIP, exceto se houver motivo de encaminhamento para outro profissional de saúde. Realiza-se em três dias da semana, recebendo em média 15 crianças semanalmente. O conhecimento prévio da existência desta atividade constituiu o principal motivo da escolha de um estágio neste contexto. A par desta consulta, a EESIP também presta cuidados em todos os outros programas, inclusive realiza a consulta de saúde infantil interdependente que precede a consulta médica, em todas as outras idades abrangidas pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ).

Até 2017, foram realizadas 847 consultas autónomas, sendo que as idades com maior afluência foram aos 4, 9 e 15 meses, respetivamente. A EESIP, responsável pela consulta realizou um inquérito de satisfação aos pais, através do qual, e com recurso a uma escala de Likert de quatro níveis, entre “discordo muito” e “concordo muito”, alguns parâmetros da consulta foram avaliados. Constatou-se, entre outros aspetos e para as idade supracitadas, que 98% das famílias consultadas responderam “concordo muito” à recomendação da vigilância de saúde infantil pela EESIP e 85% “discordo muito” face à necessidade de uma consulta médica após esta consulta. Os restantes parâmetros avaliados foram a satisfação face à explicação das atividades promotoras do

desenvolvimento, ao exame objetivo, aos ensinamentos realizados, à competência, empatia, ao encaminhamento em situações preocupantes e quanto à duração da consulta. Todos os itens nomeados obtiveram um nível de “concordo muito” em 100% dos inquiridos, exceto o referente à duração da consulta que obteve 97% no grau de concordância “concordo muito” e 3% em “concordo”. Estes dados foram gentilmente cedidos pela EESIP responsável pela consulta.

Face ao exposto, um dos objetivos deste estágio seria participar ativamente nesta consulta, desenvolvendo competências na maximização da saúde e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil saudável. Devido ao facto dos CSP constituírem uma área desconhecida, este estágio foi preparado através da leitura exaustiva do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) e do Plano Nacional de Vacinação (DGS, 2016).

Após a consulta das competências desta área de especialização impôs-se como principais objetivos, o desenvolvimento das competências definidas no RCEESIP (Regulamento nº422/2018), nomeadamente:

- **Assistir a criança/jovem na maximização da sua saúde:**
 - Implementar e gerir, em parceria um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;
 - Promover o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem;
- **Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem**
 - Promover a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde;
 - Comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura

Com o intuito de desenvolver as competências anteriormente definidas foram delineadas as seguintes atividades:

- Realização da consulta enfermagem de saúde infantil e pediátrica (tanto a consulta autónoma, como a interdependente que precede a consulta médica);
- Vacinação das crianças;

- Colaboração na gestão de recursos humanos e materiais da USF;
- Elaboração de um protocolo de atuação sobre as reações anafiláticas associadas à vacinação (**Apêndice I**);
- Elaboração de um póster sobre a anafilaxia associada à vacinação (**Apêndice II**);
- Elaboração de um protocolo de atuação sobre a febre em idade pediátrica (**Apêndice III**);
- Realização de sessão de formação sobre (planeamento de sessão em **Apêndice IV** e respetiva sessão em **Apêndice V**):
 - Anafilaxia associada à vacinação
 - Febre em idade pediátrica
- Elaboração de um estudo de caso sobre uma criança/família utente da USF.

As atividades referentes ao projeto de intervenção serão expostas em capítulo próprio. Durante as seis semanas de estágio tentou-se ainda articular com a UCC, no sentido de poder conhecer o programa de Saúde Escolar do ACES, contudo não foi possível, devido à indisponibilidade da equipa que a compõe e ao facto do estágio decorrer no período correspondente ao final do ano letivo, pelo que as atividades já tinham cessado.

Consulta Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A consulta de enfermagem de saúde infantil configura a oportunidade ideal para informar e orientar os pais e/ou cuidadores a compreenderem o desenvolvimento dos seus filhos e a prepararem-se antecipadamente para os desafios próprios de cada idade. A vigilância de saúde infantil visa a obtenção contínua de ganhos em saúde na população a que se destina, através de intervenções específicas (DGS, 2013).

O PNSIJ, bem como o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil contemplam a consulta de enfermagem, baseando-se na calendarização das idades chaves. A avaliação calendarizada é planeada tendo em conta as principais etapas do desenvolvimento psicomotor e de socialização. Assenta ainda na valorização dos cuidados antecipatórios como fatores de promoção da saúde, facultando aos pais, os conhecimentos necessários para otimizar o desempenho da sua função parental (DGS, 2013).

Como referido anteriormente, a USF possui dois tipos de consulta de saúde infantil, a consulta autónoma da EESIP e a consulta médica precedida da consulta de enfermagem. Não obstante este facto, não se verificaram diferenças significativas entre estas duas consultas, uma vez que a enfermeira orientadora do estágio era EESIP. Assim, a principal diferença prendia-se com o fator tempo, pois a consulta autónoma era agendada com 30 minutos e a interdependente apenas 15 minutos. A disponibilidade, apesar de não evidenciada, era obviamente menor. Em ambas as consultas (autónoma e interdependente) realizavam-se as atividades referentes à avaliação dos parâmetros antropométricos, nomeadamente peso, comprimento/altura, Índice de Massa Corporal (IMC), Perímetro Cefálico (PC). A avaliação da dentição, do desenvolvimento, audição, visão e exame físico foram também efetivadas em todas as consultas, embora com menor disponibilidade de tempo na consulta interdependente. Durante este momento de contacto era ainda avaliada a relação emocional entre os pais/cuidadores e criança, identificando possíveis maus tratos e promovendo a segurança do ambiente. Na consulta autónoma eram focados também os cuidados antecipatórios, esclarecimento de dúvidas, sendo que na consulta interdependente, estes aspetos eram explorados pelo médico.

Houve oportunidade de realizar ambas as consultas e a diferença era notória, principalmente na disponibilidade emocional dos pais para a informação disponibilizada. A organização referida foi acordada entre os profissionais da USF.

A consulta de enfermagem iniciava-se sempre através do acolhimento aos pais e criança, após a apresentação das enfermeiras na sala e posteriormente procedia-se à identificação da criança, bem como da pessoa que a acompanhava. Foi possível constatar que a enfermeira ESIP, conhecia muito bem quase a totalidade das famílias que se dirigiam a esta consulta e foi muito gratificante poder observar a relação construída com base na confiança e segurança.

Procurou-se que a consulta decorresse num ambiente de confiança, negociando a participação da criança/jovem, bem como da sua família em todo o processo, visando a independência e o bem-estar. A comunicação foi sempre adequada ao estágio de desenvolvimento e à cultura da criança e família. Anteriormente mencionado, a população abrangida pela USF é em grande número imigrante, nomeadamente do Brasil e de vários países africanos. Inicialmente houve alguma dificuldade em adequar a comunicação e os cuidados a esta população, mas com a orientação da enfermeira na identificação dos principais aspetos, foi possível prestar cuidados

individualizados e ajustados a cada criança/família, visando a sua adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

A consulta de enfermagem realizada ao adolescente pretendeu promover a sua autoestima e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. Deste modo foi sempre questionado se o adolescente pretendia estar sozinho na consulta. A maioria recorreu à consulta sozinha sem a presença dos pais. O ambiente foi baseado na confiança e garantia de sigilo de toda a informação partilhada. Foi útil perceber que as preocupações mais comuns se basearam, essencialmente, em questões relacionadas com a autoimagem, comportamentos de risco, nomeadamente aditivos (consumo de álcool e/ou tabaco) e comportamentos sexuais. A linguagem foi sempre adaptada ao jovem e foi sentido que, apesar de poucas consultas ao adolescente, todas constituíram momentos de verdadeira educação para a saúde e contribuíram seguramente para promover hábitos de vida mais saudáveis aos jovens, através da literacia em saúde.

Outra atividade realizada foi o rastreio neonatal do programa nacional de diagnóstico precoce, conhecido como teste do pezinho (TP). Este procedimento consiste na recolha de sangue para posteriormente ser analisada em laboratório, que deteta doenças metabólicas, genéticas e/ou infecciosas. Preconiza-se que seja realizado depois das 24 horas de vida ou depois do início da alimentação, nos primeiros 7 dias de vida. Idealmente deve ser realizado entre o 3º e o 6º dia de vida. Esta precocidade é importante pois assim consegue-se realizar um diagnóstico concreto antes que os sintomas se tornem evidentes, facilitando a intervenção precoce no RN, nomeadamente com tratamento adequado, permitindo a melhoria da qualidade de vida da criança, diminuindo ou eliminando sequelas associadas a cada doença (Marqui, 2016). As estratégias promotoras de conforto e de alívio da dor associada a este procedimento constituíram sempre foco de atenção. Baseando-nos no documento nº 024/2012, intitulado “Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)”, da DGS (2012), as estratégias não farmacológicas mais utilizadas foram a contenção, sucção não nutritiva, contacto pele a pele e amamentação. Medidas eficazes, que conferem maior benefício se forem utilizadas de forma combinada, envolvendo os pais, possibilitando a coordenação e consequente eficácia destas estratégias (Taddio, Chambers, Halperin, Ipp, Lockett, Rieder & Shah, 2009).

A avaliação de parâmetros antropométricos não constituiu dificuldade, bem como a sua interpretação. As crianças eram sempre acompanhadas ao gabinete médico pelo profissional de enfermagem responsável pela consulta. Assim, houve oportunidade de encaminhar pessoalmente as situações que constituíam alguma preocupação, nomeadamente crianças com excesso de peso, ou o contrário, ou qualquer situação diferente da normalidade.

A avaliação do desenvolvimento configurou o foco da aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades que permitissem realizar esta atividade de forma autónoma e correta. A avaliação sistemática do desenvolvimento deve considerar todos os fatores de risco, biológicos e ambientais, que possam, de algum modo, exercer uma influência negativa sobre o normal desenvolvimento da criança, visando uma intervenção adequada e mais precoce possível sempre que identificadas alterações e, concomitantemente, facilitar a maximização das potencialidades da criança e minimização das suas dificuldades (Castelo & Fernandes, 2009). Importa reforçar a relação diretamente proporcional entre precocidade da intervenção e a qualidade das respostas obtidas, nomeadamente nos primeiros cinco anos de vida face à plasticidade cerebral e resiliência, ainda mais determinante nos primeiros três anos (Brazelton, 2002).

O desenvolvimento humano consubstancia um processo dinâmico e complexo dos processos de transformação e estabilidade ao longo do ciclo de vida, assente na maturação neurobiológica do indivíduo e na relação dos diversos aspetos que o compõem, designadamente o contexto histórico, social, económico, cultural e familiar (Brazelton, 2002; Castelo & Fernandes, 2009; Papalia & Feldman, 2013). Não obstante os acontecimentos esperados para cada faixa etária, e que expõem a normatividade para uma determinada população, o desenvolvimento inclui uma ampla gama de diferenças individuais, inatas ou provenientes da experiência, e que traduzem a unicidade do sujeito (Papalia & Feldman, 2013).

Para a efetiva compreensão do fenómeno desenvolvimental torna-se inevitável fazer menção ao conceito de papel parental, uma vez que os pais figuram agentes promotores principais do desenvolvimento da criança, sendo, por isso, parceiros incondicionais da intervenção de enfermagem e cujo conhecimento e perícia deve ser valorizado no âmbito da vigilância em saúde (Salvado, 2013). Foi com bases nas premissas ora identificadas, que se procedeu em todas as consultas, à avaliação de desenvolvimento tendo como pressupostos o exarado no PNSIJ.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) objetiva avaliar e promover o desenvolvimento infantil, preconizando a igualdade de oportunidades para todas as crianças, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidades onde se encontram inseridos (DGS, 2013). A consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil consubstancia a consulta como um momento privilegiado para a avaliação desenvolvimental da criança/jovem permitindo a identificação precoce de alterações e/ou situações de risco (DGS, 2013). É, também, neste âmbito, que o enfermeiro pode desenrolar uma intervenção atempada, mediante a implementação de estratégias preventivas e promotoras do desenvolvimento infantil e dotando os pais do conhecimento necessário ao seu melhor desempenho, com particular destaque no que diz respeito à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade (OE, 2010a). A estratégia utilizada foi então a orientação antecipatória, clamando a promoção da saúde enquanto processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos, grupos e comunidades de assumir postura ativa no seu processo de saúde.

A avaliação do desenvolvimento infantil deve obedecer a alguns pressupostos: a observação da criança deve ser efetivada de modo contínuo e flexível, em cada contacto estabelecido e não apenas nas idades-chave preconizadas pela Direção-Geral da Saúde, levada a cabo por profissionais com consistentes e atualizados conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e, por fim, com recurso a testes validados para a população portuguesa (Salvado, 2013).

Sobre este último ponto, a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Enfermeiros recomendam a aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan*, para as crianças até aos 5 anos de idade, sendo que a sua utilização apenas faz sentido se integrada num processo de vigilância continuada da saúde infantil (DGS, 2013). Os instrumentos padronizados para a avaliação do desenvolvimento infantil possibilitam a deteção de 70 a 90% de alterações desenvolvimentais, contrastando com a avaliação clínica isolada que identifica somente 30% das situações atípicas, contudo é esta última que permanece preferencial por parte dos profissionais para o rastreio de modificações ao nível do desenvolvimento da criança e jovem (DGS, 2013).

Face ao exposto foi efetuada uma avaliação do desenvolvimento em todas as consultas, baseada na Escala preconizada pelo PNSIJ (Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan*), nas faixas etárias à qual a escala se destina (até aos 5 anos). No período que decorreu o estágio não existiu nenhuma criança que apresentasse algum sinal de alerta, pelo que não foi necessário recorrer ao encaminhamento devido a este facto. No caso de ser identificado algum

risco grave de atraso no desenvolvimento, até aos 6 anos, a criança seria sinalizada para as Equipes Locais de Intervenção (ELI) do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), criado pelo Decreto-Lei nº 281/2009, de 6 de Outubro (Ministério da Saúde, 2009). O decreto mencionado tem por objeto a criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce, definindo os vários tipos de risco, o âmbito da sua ação, bem como as suas competências (Ministério da Saúde, 2009).

Apesar de não possuir instrumento próprio, a partir dos 6 anos efetuava-se igualmente a avaliação do desenvolvimento em todas as suas dimensões, nomeadamente o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial.

Processo evolutivo e sequencial (Cordovil & Barreiros, 2014), sistemático e contínuo, o desenvolvimento físico ou motor refere-se ao crescimento neurológico e corporal, às capacidades sensoriais, às habilidades motoras e à saúde do indivíduo (Papalia & Feldman, 2013), sendo a infância e a adolescência os períodos desenvolvimentais em que as mudanças decorrem de forma mais acentuada (Barreiros & Neto, 2005, cit. por Domingues, 2017, p. 21). Considerando que os ganhos maturacionais do sistema nervoso assumem maior visibilidade na primeira e segunda infância, é nos primeiros anos de vida que se adquirem e consolidam as competências motoras (Barreiros & Neto, 2005, cit. por Domingues, 2017, p. 21). Num primeiro momento ocorre a aquisição de habilidades motoras simples, de resposta espontânea aos estímulos, que, gradualmente, se vão combinando em sistemas de ação de maior complexidade, mais estáveis e controlados (Cordovil & Barreiros, 2014; Papalia & Feldman, 2013).

O desenvolvimento cognitivo inclui as capacidades mentais como a aprendizagem, a atenção, a criatividade, o pensamento, o raciocínio, a linguagem e a memória (Papalia & Feldman, 2013). Para a sua explicitação o referencial mais frequentemente utilizado é a Teoria dos Estágios Cognitivos de Jean Piaget, que descreve as mudanças qualitativas esperadas e que caracterizam o funcionamento cognitivo, dividindo o desenvolvimento em quatro estágios – sensoriomotor, pré-operacional, operações concretas e operações formais, destacando-se os dois primeiros e que correspondem, respetivamente, à primeira e segunda infância (Papalia & Feldman, 2013). Destaque-se aqui o papel ativo da criança no desencadear do seu desenvolvimento cognitivo defendido por Piaget (Papalia & Feldman, 2013).

Por último, o desenvolvimento psicossocial, caracterizado pelas dimensões da emoção, relação interpessoal e personalidade, reflete a influência ambiental e os aspetos inatos da

personalidade no desenvolvimento do indivíduo (Papalia & Feldman, 2013). A Teoria Psicossocial desenvolvida por Erick Erikson evidencia as experiências dos primeiros anos de vida como marcantes para o desenvolvimento psicossocial da criança, defendendo que a personalidade se desenvolve sob a influência da sociedade e por meio de um conjunto de crises (Papalia & Feldman, 2013).

Em todas as consultas era solicitado às crianças que desempenhassem tarefas expectáveis para a idade, nomeadamente saltar em um pé, andar numa linha reta em crianças, de idade escolar. A partir desta idade eram questionadas se jogavam à bola ou andavam de bicicleta, no sentido de perceber o desenvolvimento físico. A sala onde decorria a consulta possuía um relógio parado propositadamente. Questionava-se a hora e esperava-se que a criança ao olhar para ele, conseguisse identificar que o mesmo não estava funcionante. Existia ainda na parede três palavras - amor, carinho e ternura. Solicitava-se à criança em idade escolar, e até aos 12/13 anos, que escolhesse uma palavra e que construísse uma frase. Desta forma tão simples conseguia-se avaliar a linguagem, o raciocínio da criança, bem como a sua criatividade.

Asseverando a promoção de desenvolvimento, proporcionou-se, em todas as consultas, a explicação sobre as atividades promotoras do desenvolvimento, bem como comportamentos saudáveis adequados à idade da criança. Com base nesta última premissa, os cuidados antecipatórios constituíram outro objetivo da consulta de saúde infantil realizada no decorrer do estágio. Assim foram transmitidas orientações sobre atividades de vida diárias da criança, nomeadamente referente a hábitos de alimentação, higiene, sono, sinais de alerta, acidentes e segurança, relação emocional, entre outros, dependendo da idade a que se destinava a consulta.

No âmbito da consulta, foi tido como foco de atenção, igualmente, a interdependência do binómio ambiente e criança/família, procurando identificar os stressores e os fatores protetores (variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem minimizar, se não mesmo eliminar, o impacto dos stressores) presentes, associando-os às vivências daquela criança, jovem e/ou família (Menezes & Prazeres, 2011; OE, 2015b). Desta forma, procurou-se avaliar sempre o binómio na sua relação e comunicação durante o contacto.

Objetivando a continuidade de cuidados, todos os aspetos referentes à consulta foram registados no sistema de informação de saúde SClinico®. Após a sua utilização, identificaram-se múltiplas vantagens, nomeadamente a utilização de linguagem da Classificação Internacional para

a Prática de Enfermagem (CIPE®), promotora da melhoria da comunicação entre os profissionais de enfermagem, bem como o acesso durante a consulta e de forma sistematizada, aos aspetos a avaliar da Escala de *Mary Sheridan*, aos sinais de alerta a identificar, aos cuidados antecipatórios e a todo os registos efetuados anteriormente sobre a criança e família.

No final de todas as consultas procedeu-se ao preenchimento dos dados obtidos no Boletim Individual de Saúde das crianças/jovens. Existia já um conhecimento prévio do documento, contudo numa ótica de leitura e não tanto do seu preenchimento, pelo que constituiu uma atividade interessante, não só o preenchimento em si, mas também o incentivo transmitido aos pais para que o tivessem sempre junto da criança e relembrando-os que o livro possui um conjunto de informação útil e de fácil leitura.

Vacinação das crianças

O PNV pretende responder ao direito fundamental que a população portuguesa possui de acesso à vacinação, com elevados padrões de qualidade. Não obstante o facto da vacinação constituir um direito, também é assumida como um dever dos cidadãos, participando ativamente na decisão de se vacinarem, conscientes de que estão a praticar um ato de cidadania, com o intuito de proteção da sua saúde e da saúde pública (DGS, 2016).

A participação ativa no processo de vacinação exigiu a leitura e análise do PNV, de forma a garantir as melhores práticas. A sua implementação originou uma redução significativa da morbilidade e mortalidade provocadas por doenças infecciosas. O êxito do seu cumprimento depende essencialmente do envolvimento e investimento de toda a equipa de saúde, com o intuito de promover a adesão dos utentes à vacinação. Assim, além do ato de vacinar, foi promovida a capacitação das famílias para a importância de manter um esquema vacinal atualizado, bem como a literacia associada à vacinação (vacinas e sua atuação, precauções, contraindicações, locais e via de administração, reações pós vacinação e vigilância necessária).

A ansiedade associada à vacinação foi presenciada em todos os momentos. Na tentativa de promover a tranquilidade, tentou-se entender os motivos. O receio de ocorrência de reações associadas à vacinação e a dor da criança foram os aspetos mais mencionados pelos pais. Procedeu-se assim em todas as situações ao esclarecimento de dúvidas, empoderando os pais, no sentido de

saberem quais as reações mais comuns associadas à administração da vacina, bem como os cuidados inerentes à sintomatologia, caso ocorresse.

Associada ao ato de vacinar está a ansiedade do cuidador e/ou da criança. Diagnóstico de enfermagem efetivo, a dor presente deve constituir foco de atenção e sequente planeamento de intervenções adequadas de alívio da dor, baseadas no documento orientador da Direção Geral da Saúde (DGS), nº022/2012, intitulado “Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)” (DGS, 2012). A par com o esclarecimento sobre o procedimento que se planeava efetuar, adequando à idade e fase de desenvolvimento, foram selecionadas as estratégias não farmacológicas da dor mais adequadas à criança.

Não obstante o facto da presença dos pais causar desconforto e ansiedade aos próprios, a presença da pessoa significativa integra um aspeto fundamental na promoção do conforto da criança, constituindo parte da abordagem não farmacológica, diminuindo a ansiedade da criança e reduzindo a intensidade da experiência de dor através da satisfação das necessidades emocionais (Batalha, 2010). Face ao exposto, foi realizada a capacitação dos pais, de forma a proporcionar às crianças uma presença de qualidade capaz de constituir uma força estabilizadora durante o procedimento (Batalha, 2010).

As estratégias não farmacológicas mais utilizadas e adequadas à idade lactente foram a amamentação, a sucção não nutritiva e a distração. Para as crianças mais velhas, toddler, idade pré-escolar, a distração e o uso do brinquedo terapêutico foram as técnicas mais adotadas. Para as crianças em idade escolar, utilizou-se a distração através do diálogo e, em algumas situações os pais recorreram aos dispositivos tecnológicos.

Após a vacinação, as crianças permaneciam na unidade para vigilância, cerca de 30 minutos e utilizou-se esse momento para registar as intervenções realizadas no processo informático do utente, bem como proceder ao agendamento do próximo contacto. Nalguns casos, a criança dirigia-se ao gabinete médico para a consulta e informava-se o profissional de saúde que se tinha procedido à vacinação.

Colaboração na gestão de recursos humanos e materiais da USF

A enfermeira orientadora do local de estágio acumulava funções de gestão na área de coordenação e gestão de recursos humanos e materiais.

Partindo da premissa emitida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2000), a enfermagem deve constituir parte integrante da gestão das unidades de saúde. O enfermeiro especialista assume um papel de liderança, procurando gerir os cuidados, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (OE, 2019).

As atividades envolvidas no desenvolvimento de competências relacionadas com a gestão e liderança prenderam-se com a gestão de horários e recursos humanos, pois todos os programas tinham que ser assegurados apesar de cada enfermeiro ter a seu cargo uma lista de utentes. Através de observação participada foi feita a gestão de *stock* de material e de medicação. Foi realizada uma revisão do carro de urgência com a enfermeira orientadora, no sentido de colaborar para a adequação da terapêutica em idade pediátrica devido à experiência profissional prévia da estudante em circunstâncias de criança em situação crítica, contribuindo para a melhoria contínua e promoção de um ambiente terapêutico seguro (OE, 2019).

Elaboração de um **protocolo de atuação, póster e sessão de formação** sobre “Reações anafiláticas associadas à vacinação”

No âmbito do Estágio I foram desenvolvidas algumas atividades devido a uma necessidade real identificada neste contexto. Após entrevista informal com a Enfermeira orientadora, o tema ora elencado foi considerado pertinente e referido como carência na unidade.

É da competência do Enfermeiro Especialista sensibilizar e formar com vista à qualidade dos cuidados, atuando como formador oportuno, devendo assim, responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (OE, 2019). Acresce ainda a responsabilidade de identificar necessidades formativas e atuar rapidamente formando toda a equipa (OE, 2019).

A segurança do doente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde para um nível mínimo aceitável (DGS, 2011). Esse nível mínimo aceitável é referente ao conhecimento atual sobre o mesmo, aos recursos disponíveis, ao contexto

em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro tratamento (DGS, 2011). Após a identificação da necessidade referida foi estruturado um plano de ação a fim de dar resposta e contribuir para a segurança do doente.

Objetivando a abordagem coordenada dos profissionais de saúde, no que concerne à identificação e consequente atuação relativamente às reações anafiláticas associadas à vacinação, foi elaborado um protocolo de atuação e uma sessão de formação destinado à equipa multidisciplinar, bem como um póster para ser afixado na sala de vacinação, com o procedimento a adotar em caso de reação anafilática associada à vacinação.

Todos os documentos foram baseados nas diretrizes emanadas pela DGS, nomeadamente as normas específicas de abordagem clínica, bem como relativas ao processo de registo e encaminhamento após o diagnóstico destas situações. As normas referidas intituladas “Anafilaxia: Abordagem clínica” e “Anafilaxia: Registo e encaminhamento” também datam de 2017.

O protocolo foi dividido em quatro partes, nomeadamente no que concerne à prevenção da anafilaxia associada à vacinação, ao diagnóstico e reconhecimento da situação, seguido da edificação dos critérios de gravidade, tratamento e, por fim, a notificação. Os principais objetivos do protocolo foram:

- Capacitar os profissionais de Saúde da USF, de forma a atuarem eficazmente em caso de reação anafilática associada à vacinação;
- Uniformizar os procedimentos de todos os profissionais de saúde no que concerne à atuação em caso de reação anafilática associada à vacinação.

O póster foi elaborado com o objetivo de colocar na sala de vacinação para que fosse de fácil consulta e acessível, caso seja necessário, e contém a informação resumida do protocolo de atuação supracitado. Foi apresentado à equipa na sessão de formação e a aceitação foi unânime.

No decorrer do estágio foi organizada uma sessão de formação com o intuito não somente de capacitar toda a equipa para a informação disponibilizada no protocolo, mas também de promover a reflexão partilhada da prática. Esta sessão decorreu no dia definido na USF para formação e estiveram presentes todos os profissionais de saúde que constituem a equipa. Foi

elaborado um plano de sessão, que é conjunto ao outro tema que se apresentou na mesma sessão e será explorado adiante. Os objetivos, geral e específicos da sessão foram respetivamente:

- **Capacitar a equipa de saúde para atuar corretamente em caso de anafilaxia associada à vacinação.**
 - Identificar as normas e recomendações emanadas de organismos nacionais, nomeadamente a Direção Geral da Saúde;
 - Identificar as medidas preventivas de reação anafilática associada à vacinação;
 - Reconhecer os sinais e sintomas de uma reação anafilática;
 - Identificar a abordagem ABCDE;
 - Reconhecer a importância da referenciação e encaminhamento das crianças com reação anafilática.

Subsequentemente à realização da sessão de formação emergiu a fase de avaliação da formação e do formador. A fase que se seguiu constitui-se por si só uma das mais importantes. Foi através dela que se verificou se o impacto da formação foi o desejado e se produziu aumento do conhecimento por parte dos formandos. Foi realizada uma avaliação contínua ao longo da sessão, bem como através da discussão final. Através da reflexão sobre os conteúdos ministrados, foi possível perceber que a informação foi apreendida e exposta de forma clara. As dúvidas foram maioritariamente sobre a terapêutica e doses em pediatria, tendo sido esclarecidas, pelo que se previu a capacitação da equipa na sua totalidade.

Fundamental também é avaliar a qualidade do local e recursos utilizados, pertinência dos conteúdos abordados, domínio e clareza do formador relativamente à temática, tendo sido, nesse sentido, foi disponibilizado, no final da sessão um questionário de avaliação da sessão. Apesar de estarem presentes 18 profissionais de saúde, correspondendo à totalidade de profissionais na USF, à época, foram recolhidos apenas 15 questionários. Após a análise do questionário conclui-se que na generalidade a formação foi bem conseguida, obtendo, na sua maioria, o nível excelente em todos os itens avaliados. O item classificado como a melhorar foi o referente às instalações e condições da sala, aspetos difíceis de alterar no contexto de estágio. A sala utilizada foi a comum a todas as formações, possui os estores estragados, pelo que as condições de iluminação não são

ideais à projeção de slides. Infra expõe-se os gráficos correspondentes aos dados obtidos. O questionário de avaliação de formação aplicado é divulgado no plano de sessão em apêndice (V) deste documento.

Gráfico 1: Resultados obtidos referentes a aspetos da ação de formação (USF)

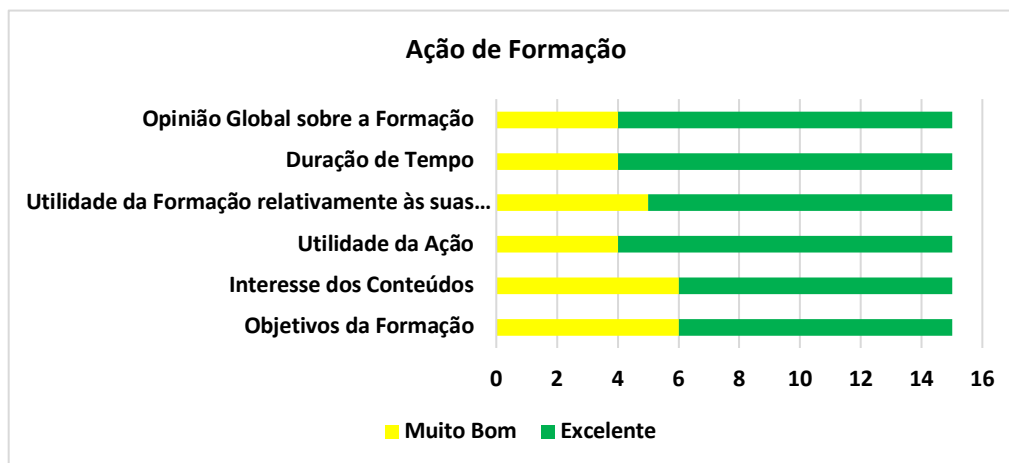


Gráfico 2: Resultados obtidos referentes à eficácia do formador (USF)

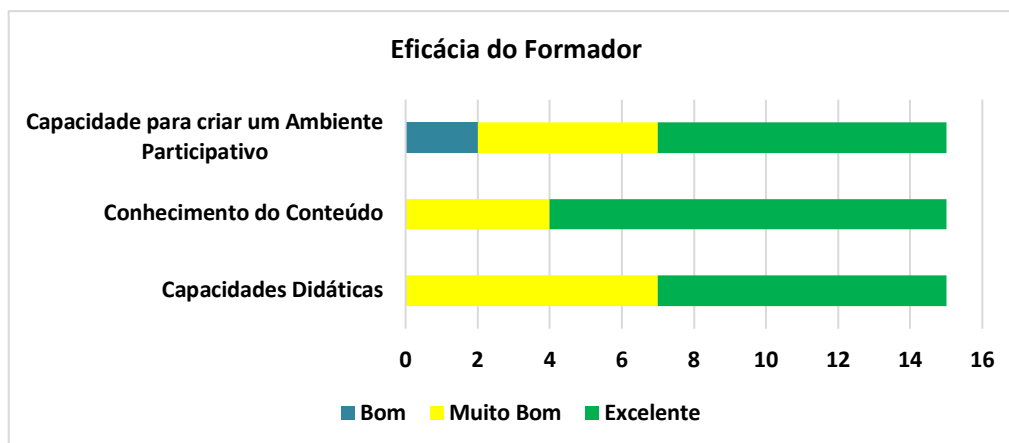
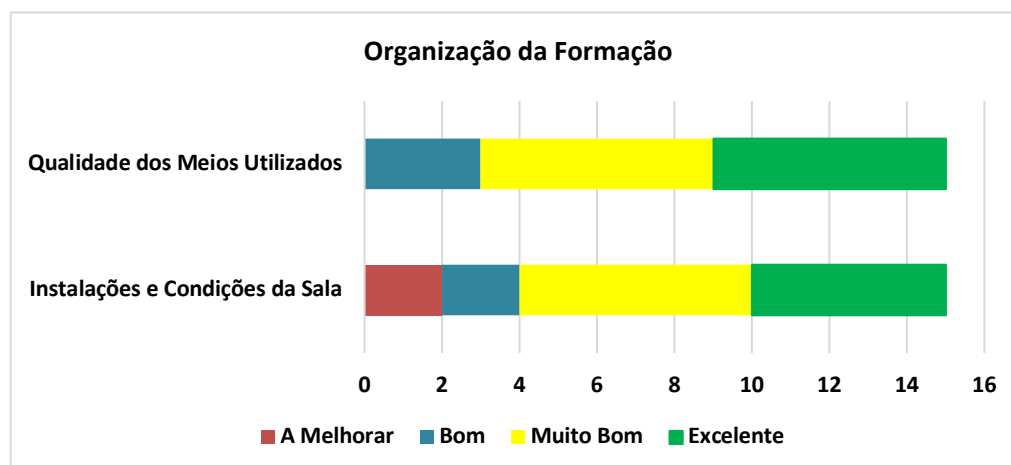


Gráfico 3: Resultados obtidos referentes à organização da formação (USF)



Elaboração de um protocolo de atuação e sessão de formação sobre a febre em Idade Pediátrica

No seguimento do exposto anteriormente, após entrevista informal com a enfermeira orientadora, identificou-se igualmente a necessidade de aumento de conhecimento sobre a febre em idade pediátrica. Objetivando a abordagem coordenada dos profissionais de saúde, no que concerne à febre, desde a sua avaliação até à intervenção e referenciação, foi elaborado um protocolo de atuação e a sessão de formação sob diretrizes emanadas pela DGS.

A DGS emanou, em 2017, uma norma intitulada “Processo assistencial integrado da febre de curta duração em idade pediátrica”, que era, à época do estágio, pouco divulgada nas unidades de saúde e os profissionais de saúde não detinham ainda o conhecimento relativo ao seu conteúdo.

A febre surge como o motivo mais frequente da procura de cuidados de saúde na idade pediátrica, correspondendo, a pelo menos, 20% das causas de recurso às urgências hospitalares (DGS, 2017). Na maioria das vezes, os episódios infecciosos agudos em idade pediátrica advêm de infeções benignas e autolimitadas, contraídas em contexto escolar, em que apenas 5% correspondem a doenças potencialmente graves (DGS, 2017).

O protocolo de atuação foi dividido em quatro partes, integrando aspetos relacionados com a avaliação, a atuação, o tratamento, e finalmente, os sinais de alerta e classificação do risco e consequente referenciação. Os objetivos definidos para a sua elaboração foram:

- Capacitar os profissionais de saúde da USF de forma a atuarem eficazmente em caso de suspeita e diagnóstico de febre na criança/jovem;
- Uniformizar os procedimentos de todos os profissionais de Saúde, no que concerne à avaliação, intervenção até à referência da criança/jovem com febre.

A apresentação e divulgação à equipa foi na sessão de formação mencionada anteriormente. Apesar de dois temas distintos, a sessão decorreu no mesmo momento e foram delineados objetivos para cada assunto. Quanto à temática da febre em idade pediátrica, os objetivos delineados foram, geral e específicos foram respetivamente:

- **Capacitar a equipa de saúde para atuar eficazmente em situação de febre na criança e jovem;**
 - Identificar as normas e recomendações emanadas de organismos nacionais, nomeadamente a Direção Geral da Saúde;
 - Identificar a forma correta de avaliação da temperatura, bem os valores de referência da febre;
 - Reconhecer as medidas gerais não farmacológicas para o tratamento da febre;
 - Identificar os sinais de alerta que constituem um risco alto em situação de febre;
 - Reconhecer quais os critérios de referência de criança com febre.

A sessão decorreu da forma anteriormente explanada. O tema ora apresentado originou maior discussão, por ser um assunto causador de maior disparidade das práticas quanto à atuação e até mesmo sobre o diagnóstico febre na idade pediátrica.

A avaliação da sessão foi anteriormente refletida. As atividades referentes à elaboração de protocolos e sessão de formação constituíram elementos motivadores do processo de aprendizagem devido ao facto de ter sido sentido que a informação transmitida tinha contribuído para a melhoria dos cuidados ao utente, nomeadamente a criança/jovem e suas famílias.

Elaboração de um estudo de caso sobre uma criança/família utente da USF

O estudo de caso consiste numa metodologia que pretende aprofundar, detalhadamente, os conhecimentos relativos à pessoa, grupo ou comunidade, tal como definido no programa da Unidade Curricular Estágio I. Visa a reflexão da aquisição de conhecimentos e competências relativa

aos cuidados especializados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, plasmando as competências do enfermeiro especialista, nomeadamente no que concerne à assistência da criança/jovem e família, na promoção, autonomização e maximização da sua saúde, ao longo de todo o seu ciclo vital.

A realização do estudo de caso permite que o enfermeiro observe, entenda, analise e proceda à descrição de uma situação real. Sendo uma estratégia de pesquisa empírica, que possibilita a compreensão aprofundada dos fenómenos em toda a sua singularidade, no seu ambiente natural e com recurso a diversas fontes para a colheita de dados (Coutinho, 2014), contribui para a tomada de decisão sustentada e que se pode tornar útil em situações futuras (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

No decorrer de estágio informou-se a enfermeira orientadora da necessidade da realização do estudo de caso. Imediatamente foi proposto pela própria o estudo de caso referente a uma criança que tinha nascido prematura e tinha tido alta uns dias antes. Assim segundo a enfermeira orientadora seria útil a experiência profissional prévia e iria constituir uma mais valia para a adaptação da criança e família à sua casa. Imediatamente o desafio foi aceite, constituindo um fator motivador por ser uma situação totalmente nova. Se até então a preparação da alta era realizada em contexto hospitalar, naquele momento iria existir a oportunidade de contribuir para apoiar e empoderar aquela família num momento de transição tão complexo como a adaptação de uma criança prematura que tinha estado internada, à sua casa, em todas as mudanças que isso implica.

Partindo das premissas supracitadas, o objetivo geral do trabalho foi elaborar o estudo de caso de Maria (nome fictício), como reflexão crítica e construtiva do contexto de vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança prematura. Para o efeito, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar e fundamentar as diferentes fases da elaboração de um estudo de caso;
- Desenvolver saberes sobre o processo de crescimento e desenvolvimento do RN;
- Aprofundar saberes sobre a identificação de problemas de enfermagem no âmbito do crescimento e desenvolvimento da criança, procedendo à edificação de

diagnósticos de enfermagem e respetiva proposta de intervenção promotora de um estilo de vida saudável;

- Reconhecer, mobilizar e integrar conhecimentos sobre os instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil mencionados no PNSIJ;
- Reconhecer, mobilizar e integrar conhecimentos sobre as ferramentas existentes para a avaliação familiar, privilegiando os cuidados centrados na família;
- Desenvolver e mobilizar competências conducentes à atribuição do título de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, nomeadamente no que concerne ao domínio da promoção do crescimento e do desenvolvimento, com vista à maximização da saúde da criança.

A elaboração do estudo de caso possibilitou a consolidação de conhecimentos acerca das temáticas prematuridade, crescimento e desenvolvimento da criança, avaliação familiar, assim como sobre a atuação do enfermeiro especialista em saúde infantil. Ao longo de toda a sua execução e com o intuito de refletir as práticas confrontando-as com o exarado na literatura disponível, o exercício exigido revelou-se preciosa oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento pessoal, académico e profissional.

2.1.2. Serviço de Internamento de Pediatria

O início do estágio neste contexto marca o começo da UC Estágio Final. A unidade hospitalar onde decorreu o estágio constitui-se como hospital de primeira linha. Presta cuidados de saúde, integrado no Sistema Nacional de Saúde (SNS), numa área geográfica essencialmente urbana, constituída por dois grandes concelhos do distrito de Lisboa, num total de cerca de 550.000 habitantes. Para além da atividade assistencial, dispõe ainda de atividade de investigação, ensino e formação pré e pós-graduada. Como missão apresenta a prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados, de qualidade, adequados e em tempo útil, em articulação com as várias estruturas na comunidade, nomeadamente os ACES correspondentes, garantindo elevados padrões de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos humanos e ainda o ensino, investigação e formação de profissionais de saúde. Os principais valores da instituição são a sua perspetiva humanista, orientando-se em função dos interesses dos pacientes e respetivas famílias, respeitando sempre a individualidade de cada um dos utentes.

O internamento de pediatria possui 32 camas destinadas a crianças/jovens com patologia médica e cinco para crianças/jovens com patologia do foro cirúrgico. Este serviço possui ainda seis camas destinadas a cuidados intermédios de pediatria. Como o contexto seguinte iria decorrer numa unidade semelhante não foi realizado nenhum turno nesta valência. O serviço possui uma taxa de ocupação muito variável coincidente com a sazonalidade. Possui ocupação de cerca de 80-90% durante o inverno, reduzindo no verão. Assim apresenta em média uma taxa de ocupação anual de 46% no internamento de pediatria e de 44% na UCIPED.

A equipa de enfermagem é composta por 32 enfermeiros, sendo que oito são especialistas (sete em enfermagem de saúde infantil e pediatria e um em enfermagem de reabilitação). Através do método individual de trabalho, a equipa de enfermagem planeava, de forma estruturada, os cuidados às crianças que lhes eram atribuídas no início do turno. A gestão da equipa no turno era efetuada pelo enfermeiro chefe de equipa que era também era responsável, na ausência do enfermeiro responsável de serviço por gerir o *stock* de medicação e material, bem como pela gestão de camas.

Durante o ano de 2017, devido a fatores de contingência no serviço de neonatologia da mesma instituição, o internamento de pediatria também internou RNP, vindos da unidade de neonatologia ou até mesmo do Bloco de Partos. A equipa teve necessidade de aumentar conhecimentos sobre a prematuridade e cuidados inerentes a estes RN, bem como às suas famílias. Com o intuito de contribuir para a capacitação da equipa, foi sugerida a leitura de vários artigos importantes para este cuidar.

Durante o internamento, no período diurno, a criança/jovem pode estar acompanhada por duas pessoas, pais/pessoas significativas ou cuidadores principais. No período noturno só é permitida a permanência de um acompanhante. No sentido de envolver o a família, fomenta-se a autonomia e a colaboração na vigilância e prestação de cuidados.

No início do estágio, e após a entrevista informal inicial com a enfermeira orientadora e com a enfermeira responsável de serviço, definiram-se como principais objetivos, o desenvolvimento da competência definida no RCEESIP (regulamento nº422/2018), nomeadamente: prestar cuidados específicos, especializados à criança/jovem e família, em contexto de doença, dando resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018).

Com o intuito de atingir o objetivo anteriormente definido, foram delineadas as seguintes atividades:

- Prestação de cuidados ao RN, criança, jovem e família em contexto de hospitalização;
- Colaboração na gestão de recursos humanos e materiais do serviço, nomeadamente na função de chefia de equipa;
- Elaboração de um protocolo de procedimento intitulado “Preparar a alta” (**Apêndice VI**);
- Elaboração de um protocolo de procedimento intitulado “Alimentação oral do RN Prematuro” (**Apêndice VII**)

As restantes atividades desenvolvidas foram no âmbito do projeto de intervenção, pelo que se opta por expô-las em capítulo próprio.

Prestação de cuidados ao RN, criança, jovem e família em contexto de hospitalização

A primeira semana de estágio objetivou a adaptação e integração ao serviço. Foram consultadas as normas, protocolos e manuais institucionais com o intuito de conhecer o serviço. Foi realizada ainda uma entrevista inicial informal com a enfermeira coordenadora, a responsável de serviço e a orientadora. A par de uma excelente receção por toda a equipa, as enfermeiras da área de gestão identificaram imediatamente algumas necessidades, a que seria útil dar resposta. O facto de receberem RNP foi referido ao longo da entrevista como um fator causador de ansiedade para a equipa de enfermagem. Os profissionais necessitaram de aumentar o seu conhecimento sobre o cuidar esta população tão específica. Após ter sido referido o percurso profissional desenvolvido até então, a presença de mais uma estudante do mestrado em enfermagem constituiu, naquele momento, uma oportunidade de, através duma relação simbiótica, poder-se partilhar conhecimentos e competências no cuidar. Assim, devido aos conhecimentos na área do cuidado ao RNP, foi promovida a incorporação destes em toda a equipa, fomentando a melhoria dos cuidados, tal como definido no RCCEE (OE, 2019).

Ao longo das restantes semanas, além dos cuidados individualizados aos RNP internados no serviço, foram prestados cuidados também a crianças, jovens e suas famílias. Demonstrando conhecimentos aprofundados e pesquisando sobre os que constituíram maior dificuldade, foi

alcançado o objetivo sobre a prestação de cuidados de qualidade, baseando a prática numa atitude reflexiva em que está ancorado o percurso de aprendizagem. A promoção da parentalidade constituiu um objetivo na prestação de cuidados, bem como cuidar com base na parceria de cuidados, já que os pais são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos, pelo que é responsabilidade do EESIP promover e adequar a parentalidade em todas as suas dimensões (OE, 2015c).

Objetivando a diminuição da ansiedade associada à hospitalização da criança e jovem, foi promovida a comunicação expressiva de emoções através de técnicas de comunicação adequadas ao seu estágio de desenvolvimento, bem como atividades de distração. O serviço de internamento possui uma sala de brincadeira, com duas educadoras. Neste sentido, durante o turno da manhã geriam-se os cuidados de forma a proporcionar às crianças brincadeira na sala. Foi ainda sugerido a todas as crianças que tivessem junto a si objetos pessoais e significativos (peluches, jogos ou outros objetos), de forma a promover um ambiente acolhedor e confortável, minimizando a ansiedade associada à hospitalização. No caso dos jovens, a disponibilização das tecnologias de comunicação constituiu uma importante medida para que se sentissem mais confortáveis (Carnevale & Gaudreault, 2013). Em termos físicos, além da sala de brincadeira para as crianças mais pequenas, existia no serviço uma sala para adolescentes, com livros próprios para a idade, televisão e consola de jogos. Esta sala permitia privacidade e atividades adequadas aos interesses dos adolescentes. Durante a prestação de cuidados ao adolescente, foi promovida a ida a esta sala, sempre muito bem aceite e identificada como elemento promotor do conforto.

A par da promoção do conforto, a filosofia dos cuidados não traumáticos constituiu premissa elementar da prestação de cuidados, no sentido de fornecer cuidados terapêuticos através de intervenções de enfermagem que minimizem o desconforto físico e psicológico experienciados pelas crianças e jovens. Destacam-se como sentimentos relevantes de desconforto psicológico, a ansiedade, o medo, a raiva, o desânimo ou a tristeza (Hockenberry & Wilson, 2015). O desconforto físico pode ser desencadeado por estímulos sensoriais desadequados, tais como dor, temperaturas extremas, ruído forte ou luminosidade intensa (Hockenberry & Wilson, 2015).

Colaboração na gestão de recursos humanos e materiais do serviço, nomeadamente na função de chefia de equipa

A enfermeira orientadora assumia funções de chefia de equipa, pelo que foi possível desenvolver competências de gestão de equipas numa área diferente da habitual, através da colaboração na tomada de decisão. A passagem de turno assevera-se um momento ideal para a tomada de conhecimento geral do serviço, de forma a tomar decisões ponderadas e antever possíveis complicações. Assim as decisões foram partilhadas e refletidas. Foi realizada a distribuição das crianças internadas pelos enfermeiros, adequando a especificidade dos cuidados necessários aos enfermeiros, de forma a que a divisão ficasse equilibrada e fosse garantida a segurança do doente e a qualidade dos cuidados.

A gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa, numa perspetiva de articulação com a equipa multidisciplinar constituiu elemento fundamental na função assumida pela chefia de equipa. Através da supervisão contínua ao longo do turno foi possível adaptar a liderança e a gestão dos recursos humanos disponíveis às situações e contexto, à medida que iam surgindo intercorrências, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Elaboração de um protocolo de procedimento intitulado “Preparar a alta”

A elaboração do protocolo referido foi uma necessidade identificada logo no início do estágio. A inexistência de um guia que garantisse a transmissão uniforme das orientações transmitidas aos pais dos RN em pré-alta, constituía um motivo de preocupação para a enfermeira responsável.

Partindo da premissa que os enfermeiros devem assumir características proativas, no sentido de capacitarem os pais fornecendo informações pertinentes e contribuindo para o desenvolvimento das suas competências parentais (Pender, Murdaugh & Parson, 2011), surgiu o presente protocolo de procedimento.

O planeamento da alta traduz-se num processo complexo, pelo que se deve iniciar no momento de admissão do RN no serviço, continuando ao longo de todo o internamento, em todos os momentos de prestação de cuidados, integrando a família. A autonomia parental assume determinante importância na transição segura do RN para o domicílio. Assim, o enfermeiro deve,

durante a hospitalização, capacitar os pais com todos os conhecimentos e habilidades, de forma a promover a autonomia responsável (Rodrigues, 2010).

Objetivando a transmissão uniforme de informação, o protocolo foi elaborado com base na informação mais recente, adequando às práticas já realizadas no serviço de internamento. Assim, o protocolo possui informação sobre o ensino aos pais sobre:

- Cuidados de higiene;
- Cuidados aos olhos;
- Cuidados ao coto umbilical;
- Estratégias de alívio de cólicas;
- O sono do RN;
- Prevenção de infecção;
- Desenvolvimento.

É fundamental reconhecer a importância do papel parental, assumindo-os como parceiros. Esta ação implica que os enfermeiros mobilizem conhecimentos, habilidades e comportamentos que permitam identificar e agir sobre a atitude dos pais de forma a adequar a sua capacidade, conhecimento e aprendizagem, promovendo desta forma a parentalidade (OE, 2015c).

O documento foi identificado como uma mais-valia para toda a equipa de enfermagem na transmissão de orientações antecipatórias às famílias, pois fomenta a uniformização dos cuidados e das orientações transmitidas, maximizando o seu potencial enquanto pais e consequentemente, aumentando o potencial de crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

Elaboração de um protocolo de procedimento intitulado “Alimentação oral do RN Prematuro”

Conforme anteriormente mencionado, a equipa de enfermagem prestava cuidados com frequência a RNP, principalmente àqueles que estavam em processo de aquisição da autonomia alimentar. Assim foi identificada a necessidade de um protocolo de procedimento que orientasse esta prática, uma vez que era, para alguns enfermeiros, desconhecida.

Segundo Veiga et al. (2011), o processo da gestão dos cuidados exige um equilíbrio permanente entre o respeito pela pessoa alvo dos cuidados e a resposta às exigências das instituições. Assim, o recurso a normas de procedimento permite a regulação de comportamentos, que desponham das características individuais e do conhecimento profissional, recorrendo a elementos transversais para a sua conceção (Veiga et al., 2011).

Os recém-nascidos de termo nascem, habitualmente, com as competências orais para alimentação bem estabelecidas, contudo os bebés prematuros revelam diversas dificuldades na transição da alimentação entérica com recurso a dispositivos médicos para a alimentação oral (Bingham, Ashikaga & Abbasi, 2012). Sendo os enfermeiros elementos chave na alimentação do RNP, torna-se primordial que sejam detentores de conhecimentos científicos e técnicos promotores de uma transição precoce e segura para a alimentação oral e que sejam capazes de desenvolver as competências do bebé de forma a manter a sua estabilidade fisiológica, evitando o gasto energético suplementar ou a aspiração de leite, contribuindo harmoniosamente para o crescimento e desenvolvimento do bebé prematuro (Fucile, McFarland, Gisell, & Lau 2012).

Com o intuito de uniformizar os cuidados ao recém-nascido prematuro e contribuir para a capacitação da equipa de enfermagem para alimentação entérica oral do recém-nascido prematuro, edificou-se o presente protocolo. Estruturalmente encontra-se dividido em duas partes principais, a primeira corresponde à avaliação das competências orais do RN e em seguida procede-se à explanação dos métodos recomendados para alimentar o RNP.

Considerando a prevalência das dificuldades da alimentação no recém-nascido pré-termo, torna-se primordial proceder à avaliação do bebé prematuro na sua globalidade. Para começar o processo de aprendizagem da alimentação oral do recém-nascido, os profissionais de saúde devem promover condições ambientais favoráveis para o efeito, minimizando a presença de estímulos e fatores distratores, assim como avaliar o estado comportamental e a estabilidade fisiológica do bebé (frequência respiratória, frequência cardíaca, esforço respiratório, saturação periférica de oxigénio) (Bingham, Ashikaga & Abbasi, 2012). Foi então proposta a utilização da escala *Early Feeding Skills* – Versão Modificada (EFS-VM), traduzida e validada para a população portuguesa.

A *Early Feeding Skills* – Versão Modificada (EFS-VM) facilita a decisão dos cuidadores, na medida em que permite a observação geral da criança e uma observação mais específica e

sistematizada das competências precoces do recém-nascido prematuro para a alimentação oral (Thoyre, Shaker & Pridham, 2014). É composta por três dimensões que avaliam os comportamentos de regulação da criança, isto é, os pontos fortes do seu desenvolvimento, numa escala ordinal de três pontos: capacidade para organizar o funcionamento oromotor (COFO), capacidade para coordenar a deglutição (CCD) e capacidade para manter a estabilidade fisiológica (CMEF).

Quando o bebé se apresenta desperto, hemodinamicamente estável, organizado e interessado na alimentação deve-se, então, proporcionar a administração de leite via oral (Neto, 2014). Vale a pena salientar o envolvimento dos pais na promoção da autonomia alimentar do recém-nascido pré-termo, devendo ser estimulada a sua participação ativa, oferecendo apoio para que sejam eles, de facto, a alimentar o bebé.

A produção de normas de procedimento configurou um contributo inestimável para a literacia da equipa e possibilitou a uniformização dos cuidados prestado no serviço, fomentando uma prática ética e profissional na equipa garantindo a implementação efetiva de medidas conducentes à melhoria permanente da qualidade dos cuidados de enfermagem.

2.1.3. Cuidados Intermédios Pediátricos

Os dois últimos estágios ocorreram na mesma unidade hospitalar. É uma unidade hospitalar do Grupo I, no que concerne à natureza das responsabilidades assumidas e quadro de valências exercidas, apresentando uma área de influência exclusivamente direta e que engloba a valência de pediatria médica (Ministério da Saúde, 2014b). A sua área de influência direta restringe-se a um concelho do distrito de Lisboa, porém, no que concerne à área materno-infantil engloba também nove freguesias doutro concelho limítrofe (Sistema Nacional de Saúde, 2016).

No âmbito da Rede Nacional de Emergência e Urgência, a unidade hospitalar referida assume um serviço de urgência médico-cirúrgica (Ministério da Saúde, 2015), contando com 277 camas de internamento, 10 salas de Bloco de Partos e seis salas de Bloco Operatório.

O modelo de gestão do hospital em análise é o da parceria público-privada, assente num contrato celebrado entre o Estado Português e duas entidades privadas.

Assumindo como missão promover uma vida mais saudável aos utentes e contribuir para um melhor desempenho do sistema de saúde, o hospital tem como valores a compreensão, o desempenho, a inovação, a integridade e o relacionamento. Face aos processos e procedimentos adotados no âmbito da segurança do doente, a par dos padrões clínicos assumidos no que concerne ao seu serviço assistencial, o Hospital foi distinguido com a acreditação da Joint Commission International (JCI).

A UCIPED destina-se à prestação de cuidados à criança com necessidade de vigilância e cuidados intermédios. A presença dos pais é permitida 24 horas por dia, sendo que a permanência durante o período noturno é restrita a apenas uma pessoa. Possui um total de seis vagas, cinco camas numa sala aberta e um quarto de isolamento, destinadas ao utente pediátrico, dos 28 dias de vida aos 18 anos menos um dia, exceto se o motivo de admissão for infeção respiratória, em que são admitidos RN com idade inferior a 28 dias. O motivo de internamento mais frequente é a patologia respiratória, nomeadamente as infeções respiratórias, pelo que existem muitos RN internados nesta unidade, principalmente no inverno.

A equipa multidisciplinar integra pediatras, enfermeiros (em número de 24), assistentes operacionais (10) em permanência no serviço. Os psicólogos, terapeutas da fala, fisioterapeutas, técnicos de serviço social e administrativos dão apoio à unidade. Os pediatras (16 elementos) dão apoio ao internamento e à urgência pediátrica. A equipa de enfermagem e de assistentes operacionais é comum ao serviço de neonatologia. O método de trabalho é o individual. A caracterização aprofundada da equipa surgirá no capítulo referente ao Projeto de Intervenção

A escolha deste local de estágio prendeu-se com o facto já mencionado (ter uma taxa significativa de RN doentes internados) e também por ser o serviço se exerce a atividade profissional atualmente. Esta característica foi considerada positiva pois constituiu um aspeto facilitador na integração e consequentemente na implementação de atividades. Outro aspeto positivo foi conseguir manter o projeto adiante explanado além dos limites temporais impostos pelo mestrado. Não obstante estes factos, importa referir que não tinha sido realizada ainda a integração profissional a este serviço. Não se identificaram limitações nem constrangimentos devido a esta realidade.

Após entrevista inicial com a enfermeira coordenadora e a enfermeira orientadora, definiu-se o seguinte objetivo: prestar cuidados específicos, especializados à criança/jovem e família, em contexto de especial complexidade (OE, 2018).

Face ao objetivo delineado, bem como às necessidades do serviço identificadas por todos os elementos constituintes da reunião, foram propostas as seguintes atividades:

- Prestação de cuidados ao RN, criança, jovem e família em contexto de especial complexidade;
- Elaboração de uma proposta de capítulo referente á avaliação da consciência em idade pediátrica para se incluir no padrão documental do hospital (**Apêndice VIII**);
- Colaboração na gestão de recursos humanos e materiais do serviço, nomeadamente na função de chefia de serviço.

Prestação de cuidados ao RN, criança, jovem e família em contexto de especial complexidade

A prestação de cuidados à criança/jovem em situação crítica não constituiu um fator de surpresa devido à experiência profissional adquirida previamente numa unidade de cuidados intensivos pediátricos. Assim, o foco da prestação de cuidados neste serviço foi, não somente, a aquisição de competências, mas sobretudo a reflexão da aprendizagem efetuada previamente com a prática atual (*know-how*), coligando os saberes da prática à teoria sem descurar o comportamento ético, tal como nos sugere Benner (2001).

Conforme mencionado anteriormente, as intervenções de enfermagem dirigidas às crianças foram sempre baseadas numa práxis científica e reflexiva, envolvendo técnicas de comunicação adequadas, de forma a obter-se o consentimento livre e esclarecido (adequado à idade) da criança/jovem e dos seus pais/cuidadores. Segundo o artigo 12, da Convenção sobre os Direitos da Criança, as crianças que possuam capacidade de discernimento, de acordo com a sua idade e maturidade, têm o direito de exprimir livremente a sua apreciação sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança (EACH, 1988).

Considerando a promoção do conforto, foi sugerido o uso do brinquedo terapêutico à criança, ou o dispositivo digital aos adolescentes, de forma diminuir a ansiedade associada à hospitalização.

Focando a dor como diagnóstico de enfermagem, foram utilizadas todas as estratégias não farmacológicas mencionadas anteriormente, nomeadamente, a sucção não nutritiva, a administração de sacarose e a contenção em RN ou latentes. A amamentação nem sempre foi possível devido à situação clínica das crianças não o permitir, por não se encontrarem hemodinamicamente estáveis. Em crianças mais crescidas, o método mais utilizado foi a distração através da televisão, musicoterapia, a utilização do brinquedo terapêutico ou do objeto significativo e ainda o uso de dispositivos digitais.

Os registos no processo clínico informático nesta unidade é através da GLINTT®. Este facto constituiu alguma dificuldade inicial, devido ao desconhecimento deste programa. Foi necessário recorrer ao padrão documental e à orientação da enfermeira. Após alguns turnos conseguiu-se ultrapassar esta dificuldade passando a efetuar registos de forma autónoma.

Conforme referido anteriormente, o motivo de internamento mais comum é RN ou lactentes com infeção respiratória. Contudo num dos turnos realizados deu entrada uma criança de 6 meses cujo motivo de internamento foi a convulsão. Foram prestados os cuidados iniciais à criança, realizado o acolhimento à família e posteriormente, fomos registar os dados iniciais no processo informático. Ao tentar registar o nível de consciência do latente não foi possível, pois não se encontrava parametrizado o foco consciência em idade pediátrica e não estava disponível uma escala de avaliação de consciência própria para a idade da criança. Este acontecimento levou à proposta da atividade seguinte.

Elaboração de uma proposta de capítulo referente á consciência em idade pediátrica para se incluir no padrão documental do hospital.

A alteração do estado de consciência constitui uma das principais emergências neurológicas. É fundamental que os profissionais de saúde consigam reconhecer imediatamente esta alteração, de forma a identificar as principais causas e orientar rapidamente a avaliação clínica e consequente tratamento (Carrilho, 2008).

A importância da existência de protocolos e padrões de cuidados que capacitem a equipa de enfermagem, bem como a sua contribuição para a uniformização dos cuidados foi amplamente explorada no documento ora versado. Assim procedeu-se à elaboração do documento e propôs-se a sua inclusão no padrão documental do hospital, bem como se sugeriu a inserção da escala de Coma de Glasgow Pediátrica (ECG).

A Escala de Coma de Glasgow é um instrumento que foi validado em Portugal para avaliação do estado de consciência. A escala referida define o nível de consciência através de um score resultante do somatório da avaliação três domínios do comportamento: resposta ocular, resposta verbal e resposta motora (Gago, 2014). A escala foi modificada para ser possível avaliar crianças que ainda não adquiriram a competência da fala e de forma, a que a incapacidade de resposta perante o cumprimento de ordens, devido ao normal desenvolvimento da criança, não interferisse na correta avaliação neurológica.

O referido documento está até ao momento em análise pela equipa de gestão do serviço, bem como pelo grupo responsável pelo padrão documental do hospital.

Colaboração na gestão de recursos humanos e materiais do serviço, nomeadamente na função de chefia de serviço (referente ao estágio na UCIPED e UCEN)

Esta atividade foi transversal a todos os estágios, por se ter tido sempre como orientadora, elementos da gestão dos vários contextos.

Neste local e comum ao estágio seguinte (por ambos os serviços possuírem a mesma coordenadora), foi possível desenvolver competências de liderança e gestão de recursos humanos e materiais.

Estando alguns turnos a acompanhar a enfermeira coordenadora foi possível, sob orientação, organizar o horário dos enfermeiros, gerindo a equipa, sempre com o foco do equilíbrio da mesma, objetivando a garantia da segurança do doente e da excelência dos cuidados. Foi possível a familiarização com o programa que gere horários, bem como os programas utilizados para arranjo de material avariado ou o referente à gestão dos *stocks*.

Esta atividade foi, por si só, muito interessante e promotora de desenvolvimento na prática. Assumindo funções de chefia de equipa no serviço referido, esta aprendizagem conseguiu ser útil, não somente para o percurso ora palmilhado, bem como para otimizar a resposta associada à gestão da equipa no dia-a-dia. O conhecimento prévio da equipa constituiu um fator facilitador, o que permitiu o foco nas questões essenciais à gestão, domínio inerente ao enfermeiro especialista, garantindo que naquele local se prestam cuidados de excelência e seguros para o doente (OE, 2019).

2.1.4. Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN)

Contemplando a temática central deste percurso formativo, considerou-se que o último estágio teria que ser numa unidade de neonatologia. O serviço foi escolhido no início deste percurso ainda no 1º semestre do 1º ano. Nesta altura, a atividade profissional era exercida noutro hospital. Após a mudança, optou-se por propor igualmente o estágio no mesmo local, por se constatar que seria um excelente serviço para a implementação do projeto definido.

Partindo da caracterização da unidade hospitalar mencionada no subcapítulo referente à UCIPED, apenas se elencam os aspetos específicos da UCEN. A Unidade de Cuidados Especiais Neonatais destina-se à prestação de cuidados ao recém-nascido em estado grave, que careça de vigilância em permanência ou, mesmo, suporte tecnológico para a manutenção das funções vitais. A presença dos pais é permitida 24 horas por dia, sendo que a permanência durante o período noturno é restrita a apenas uma pessoa. Com um total de quinze vagas destinadas ao recém-nascido de 28 semanas de gestação até aos 28 dias de vida, a UCEN integra dez vagas de cuidados intermédios numa sala aberta, e cinco vagas de cuidados de cuidados intensivos distribuídas por cinco quartos individuais. Conforme já referido, a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais presta cuidados também na UCIPED, já a equipa médica é constituída por sete neonatologistas. A unidade tem também outros profissionais que dão apoio, tais como fisioterapeutas, terapeutas da fala, assistentes sociais e psicólogas.

O objetivo deste estágio foi comum ao da UCIPED consistindo na prestação de cuidados à criança em contexto de especial complexidade. O maior desafio desta última fase era transformar a forma de cuidar, anteriormente generalista, para agora, passar a cuidar com a visão de enfermeira especialista. A experiência profissional prévia garantia a segurança e domínio dos cuidados de enfermagem prestados neste contexto.

Benner (2001) defende que o enfermeiro, através da experiência e do domínio, se desenvolve ao longo de cinco níveis de proficiência, sendo que o estágio final corresponde ao nível de perito. Neste nível, a experiência corresponde a um processo ativo que consiste em interrogar-se sobre teorias, pressupondo que as situações práticas são mais complexas do que aquilo que é descrito pelos modelos formais. Os enfermeiros alcançam o nível de perito através da experiência, apresentando motivação para trabalhar corretamente e ao utilizar eficazmente os recursos essenciais (Benner, 2001).

Ao enfermeiro especialista deve ser reconhecida a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área (OE, 2019). Para Benner, o enfermeiro especialista deve estar capacitado eficazmente para tomar decisões, comunicar de forma adequada, ser flexível, responsável e criativo, possuir espírito crítico, iniciativa e ser detentor de uma conduta ética e deontológica (Benner, 2001). Assim, este estágio objetivou fundamentalmente a mobilização de todo o conhecimento adquirido previamente, partindo para uma prática essencialmente reflexiva, capacidade reconhecida ao enfermeiro especialista.

As competências adquiridas na área da investigação configuram ferramentas essenciais à aprendizagem contínua, contribuindo para o cuidado autónomo. A importância de investir na busca de novos conhecimentos, para aplicar na prática, assume especial relevância quando se objetiva a prestação de cuidados de excelência.

Face ao exposto a prestação de cuidados ao longo deste processo foi baseada numa prática científica, atualizando práticas e fomentando a qualidade dos cuidados a toda a equipa. Sempre com o objetivo da excelência do cuidado foi disponibilizada assessoria aos enfermeiros e à restante equipa sempre que se justificou. A par deste objetivo também se observou a forma como as enfermeiras especialistas prestavam os seus cuidados, já que a postura e a forma de gerir situações complexas é realizada de forma notável.

Neste contexto, além da prestação de cuidados e colaboração na gestão, o foco foi essencialmente a implementação do projeto que se edifica no capítulo seguinte.

3. O PROJETO

A metodologia de projeto é considerada um “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação real (...)” (Ferrito, 2010, cit. por Nunes, 2010, p. 2), configurando metodologia ímpar para a promoção da prática fundamentada e baseada na evidência.

Considerando o trabalho de projeto como uma metodologia complexa, intencional, autônoma e faseada destacam-se as cinco fases pelo qual é constituído (Nunes, 2010):

- Elaboração do Diagnóstico da situação;
- Planificação das atividades, meios e estratégias;
- Execução das atividades planeadas;
- Avaliação;
- Divulgação dos resultados obtidos.

Para melhor percepção do projeto que se pretende edificar, procede-se à explanação das diferentes etapas do mesmo, infra dividindo em definição de objetivos, planeamento das atividades sugeridas, a sua implementação e por fim a avaliação do projeto.

3.1. “CUIDAR PARA DESENVOLVER”: DA COMUNIDADE AO HOSPITAL

A primeira etapa da metodologia de projeto é referente à elaboração do diagnóstico de situação.

Confrontados diariamente com situações de elevado grau de complexidade, os EESIP devem ser detentores de conhecimento científico atualizado, obtido através da procura constante de informação, garantindo a segurança e excelência nos cuidados prestados.

Na procura da excelência dos cuidados, é imprescindível basear a prática na evidência. O enquadramento teórico que sustenta a justificação da temática foi elencado no capítulo 1. Assim, no presente subcapítulo, no que concerne à etapa do diagnóstico de situação expõe-se a análise do problema identificado nos locais onde o presente projeto foi executado, e por fim, determinam-se as prioridades.

De forma a identificar os problemas e contemplando os conhecimentos adquiridos previamente, asseverando a necessidade da aplicação dos CCD, foi realizada uma entrevista formal com as enfermeiras responsáveis e orientadoras de todos os locais onde o projeto foi executado e foram identificados os seguintes aspetos:

No âmbito dos **Cuidados de Saúde Primários (CSP)**:

- Reconhecimento da pertinência da temática;
- Inexistência de protocolo específico para a consulta de saúde infantil do RN;
- O acolhimento ao RN e família na sua primeira consulta não constitui um procedimento diferente das restantes idades;
- Inexistência de horários definidos para a consulta do RN;
- Identificação pela Enfermeira em funções de coordenação da ausência de formação dos profissionais face ao cuidado ao RN, bem como ao procedimento adequado no que diz respeito à otimização do ambiente nesta consulta;
- Sugestão da Enfermeira em funções de coordenação para a realização de proposta referente a um protocolo específico para a consulta ao RN.

No âmbito do **Internamento de Pediatria, UCIPED e UCEN**:

- Reconhecimento da pertinência da temática;
- Inexistência de protocolo específico para a otimização do ambiente de todos os contextos;
- Ausência de dispositivos que monitorizem o ruído e a luminosidade;
- Perceção de preocupação da equipa para o CCD, contudo existe falta de uniformização nos procedimentos;
- Parca sensibilização da equipa médica para os CCD;
- Desconhecimento dos CCD pela restante equipa multidisciplinar que visita a UCEN;
- Ausência de formação periódica aos pais/famílias referente a esta problemática.

Face ao exposto referente à revisão crítica de literatura refletindo com a informação prestada pelas responsáveis de todos os serviços onde os estágios decorreram, foram elencados os seguintes pontos:

- Pertinência do tema face ao exposto e identificado pelas representantes dos serviços em causa;
- Necessidade de existência de protocolo específico para a consulta do RN, explanando aspetos como horários das consultas e otimização do ambiente das mesmas, no âmbito dos CSP;
- Necessidade de existência de protocolo específico para a otimização do ambiente no internamento de pediatria, na UCIPED e UCEN;
- Importância de formação às equipas referente à problemática identificada (apenas na UCIPED e UCEN);
- Necessidade de aprofundamento sobre o conhecimento que os enfermeiros possuem acerca dos CCD;
- Pertinência da realização do levantamento de recursos necessários à aquisição de dispositivos que monitorizem o ruído e a luminosidade (apenas na UCIPED/UCEN);
- Necessidade de sensibilização e formação à equipa multidisciplinar de todos os contextos;

Importa assim, definir os objetivos consistindo nos resultados que se pretendem alcançar, podendo divergir quanto ao nível, desde o geral até ao mais específico (Mão de Ferro, 1999, cit. por Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010). Segundo o mesmo autor, o objetivo geral descreve o resultado esperado e os específicos tornam mensuráveis, quantitativa e qualitativamente esses mesmos resultados, centrando-se na resolução do problema definido. Pretendem dar resposta ao problema identificado enunciando, sob a forma declarativa e precisa o percurso que se intenciona seguir (Fortin, Côté, & Filion, 2009).

Atendendo a que é um projeto transversal a todos os locais, e devido às suas realidades distinta, no âmbito da prestação de cuidados, divergindo até na sua missão enquanto unidades de saúde, foram elencados objetivos específicos para cada contexto. Após a identificação do problema, sua contextualização e fundamentação foi definido o seguinte objetivo geral, que é comum a todos os contextos:

- **Promover os Cuidados Centrados no Desenvolvimento no cuidado ao RN.**

Para o efeito, infra formulam-se os objetivos específicos:

Nos CSP:

- Elaborar uma proposta de protocolo próprio para a realização da consulta ao RN, nomeadamente no que concerne aos Cuidados Centrados no Desenvolvimento, mais especificamente na otimização do ambiente (**Apêndice IX**);
- Elaborar um póster intitulado “Atividades promotoras do desenvolvimento no RN” (**Apêndice X**);
- Capacitar os enfermeiros para cuidarem o RN baseando as suas práticas nos CCD;

No Internamento De Pediatria:

- Elaborar uma proposta de um protocolo normativo específico intitulado “Otimização do ambiente do RN” (**Apêndice XI**);
- Elaborar um póster intitulado “Atividades promotoras do desenvolvimento no RN” (**Apêndice XII**);
- Capacitar os enfermeiros para cuidarem o RN baseando as suas práticas nos CCD;

Na UCIPED e UCEN:

- Analisar os resultados referentes à medida central “Ambiente” do questionário “*Quantum Caring Practice Self-Assessment*” traduzido e aplicado à equipa de enfermagem no ano de 2018;
- Elaborar uma proposta de um protocolo normativo específico intitulado “Otimização do ambiente do RN na UCIPED” (**Apêndice XIII**) e outra “Otimização do ambiente do RN na UCEN” (**Apêndice XIV**);
- Capacitar a equipa multidisciplinar para o Cuidar Centrado no Desenvolvimento;
- Capacitar os pais/família para a promoção da otimização do ambiente na Unidade;
- Realçar os benefícios da utilização de dispositivos específicos de monitorização do ruído e luminosidade na UCIPED/UCIN.

A fase do esboço do projeto que se sucede corresponde à sua planificação, onde se procede à definição das atividades propostas, bem como os métodos e técnicas de pesquisa que irão ser utilizadas (Hungler et al., 2001, cit. por Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010). O cronograma está disponível no **Apêndice XV**. O cronograma corresponde a uma representação gráfica do planeamento, possibilitando uma melhor gestão do fator tempo, face à imposição de metas e prazos a cumprir ((Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do

7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010). A sua avaliação e atualização deve ser constante, procedendo a mudanças sempre que a monitorização da eficácia das estratégias assim o justifique.

O cronograma infra exposto iniciou-se no momento em que se edificou o projeto, integrando a realização desta proposta de projeto de intervenção, seguindo de forma transversal ao longo do tempo, culminando com a entrega do presente relatório. Existem fases definidas que são comuns a ambos os locais, onde o projeto será implementado, pelo que aparecem destacadas em momentos temporais distintos, estando em concordância com a calendarização dos ensinamentos clínicos que irão ser realizados.

A determinação dos meios necessários à concretização das atividades planeadas configura-se essencial para a sua realização (Miguel, 2006). Assim foram elencadas duas categorias de recursos, humanos e materiais. Para Chase & Aquilano, (1995, cit. por (Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010, p. 20-21), a equipa que assegura a execução do projeto também está incluída nos recursos humanos alocados ao mesmo. Os recursos materiais caracterizam-se como os equipamentos e tecnologia utilizada, incluindo pesquisa e meios de suporte às ações (Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

As atividades e estratégias propostas serão definidas em quadro por objetivo específico (disponíveis em **Apêndice XVI**). Serão também elencados no mesmo quadro, o local de concretização das atividades, bem como os recursos humanos e materiais necessários à execução do projeto.

Após edificação de todos os aspetos formais e sugeridos em todos os locais, procedeu-se à sua implementação. Para tornar mais fácil a leitura opta-se por agrupar as atividades desenvolvidas por objetivo transversal aos vários contextos, dividindo a sua exposição em três áreas: capacitação das equipas (formação e sensibilização aos profissionais); uniformização dos cuidados (elaboração dos procedimentos) e capacitação dos pais (pósteres elaborados e proposta de sessão de educação). A avaliação das atividades surge agrupada a estas três áreas.

A capacitação dos profissionais sobre a temática central deste projeto foi uma atividade transversal a todos os contextos. Enquanto formador em contexto de trabalho (OE, 2019), o enfermeiro especialista deve ser um elemento facilitador do processo de aprendizagem profissional

e, consequentemente, potenciador da capacitação e desenvolvimento da equipa prestadora de cuidados, bem como deve contribuir para o seu benefício pessoal, profissional e social.

No contexto dos CSP e no Internamento De Pediatria, não foi possível realizar um momento formal de formação sobre o tema central do projeto. Foi identificado pelas enfermeiras da área da gestão, que as equipas já estavam muito sobrecarregadas com horas de trabalho e não seria exequível disporem de mais horas para formação. Assim, aproveitaram-se todos os momentos de passagem de turno, bem como momentos de pausa e informais para sensibilizar e capacitar a equipa, sobre a pertinência dos CCD constituírem filosofia de cuidados ao RN. Foi perceptível aos longo das semanas de estágio que as equipas foram progressivamente ficando mais sensíveis para o tema, colocando várias questões mesmo em momentos mais informais. Relativamente ao serviço de internamento de pediatria notou-se uma maior preocupação com a otimização do ambiente dos quartos onde estavam os RN.

Na UCIPED e UCEN foram definidos três momentos de formação, de forma a adequar-se a formação aos destinatários. Foram realizadas assim três formações, uma para a equipa de enfermagem, outra para a equipa médica e outra para as assistentes operacionais. Devido ao facto da atividade profissional se manter no mesmo local de implementação deste projeto, está planeada futuramente uma outra formação a todos os outros profissionais, que contactam com estes dois serviços (psicólogos, terapeutas da fala, fisioterapeutas e outros). Não foi possível durante as oito semanas de estágio proporcionar a referida formação, por envolver equipas profissionais distintas. O planeamento de sessão (**Apêndice XVII**) foi elaborado para as três sessões, sendo que a cada sessão por grupo profissional corresponde um plano de sessão (que consta em apêndice do planeamento).

Em todos os grupos profissionais houve 100% de frequência nas formações. A formação às assistentes operacionais foi realizada em vários momentos, *on job*, de forma a garantir que todos os elementos recebiam a mesma informação. Devido a esta particularidade de momento um pouco mais informal, optou-se por não aplicar o questionário de avaliação da formação a este grupo profissional.

A formação efetuada à equipa médica foi incluída na reunião semanal que estes elementos realizam. Devido a este facto e por ter sido incluída entre outros temas não foi possível avaliar apenas a formação sobre os CCD. No final da reunião foi possível discutir sobre o tema

apresentado. Foram apresentadas pela equipa médica, algumas limitações à prática dos CCD, nomeadamente a equipa de enfermagem ser muito jovem, a ausência de uniformização de práticas, sejam médicas ou de enfermagem e falta de formação na área. Contudo foi unânime a percepção da pertinência de tais práticas no cuidado ao RN e a motivação de todos. Foi assumido com a equipa médica, que o projeto de intervenção sobre os CCD vai ser alargado a todas as suas medidas centrais e será trabalhado por toda a equipa multidisciplinar, com o intuito de melhoria de cuidados aos RN e suas famílias.

Na UCIPED e UCEN, este projeto foi visto por todos os enfermeiros, inclusive pelos elementos de gestão como uma oportunidade para se introduzirem mudanças, inclusivamente do ponto de vista organizacional, contribuindo para que o serviço se organizasse no sentido de todos prestarem cuidados baseando a sua prática nos CCD. Assim foi marcada a formação em dois momentos distintos, de forma a garantir que 100% da equipa estaria presente. Foi enviada uma mensagem para o mail institucional de todos os enfermeiros e afixado um panfleto de divulgação no serviço com as informações sucintas necessárias (data, hora, local e sumário da sessão).

Ambas as formações decorreram num ambiente de partilha e discussão de práticas, contribuindo para a sensibilização de todos para a prática dos CCD.

A formação realizada aos enfermeiros foi dividida em três partes, o neurodesenvolvimento do RN, os CCD e por fim o ambiente terapêutico.

Em Maio de 2018 foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem, designado por “*Quantum Caring Practice Self-Assessment*” (traduzido e validado), disponibilizado em **Anexo I**. Possui como principal objetivo, entender a consistência e a frequência da aplicação das medidas centrais dos cuidados centrados no desenvolvimento na Unidade, de forma a identificar as áreas que carecem maior investimento formativo. Com este questionário foi possível realizar uma breve caracterização da equipa de enfermagem. Procedeu-se ainda à caracterização dos RN internados em 2018 na unidade, juntamente com alguns dados importantes para sensibilizar a equipa sobre os cuidados que se prestam. Os dados disponibilizados no presente documento referem-se à medida central ambiente terapêutico.

A equipa é constituída por 24 enfermeiros e as principais características são elencados na figura abaixo.

Figura 2: Caracterização da equipa da UCIPED/UCEN



Como se pode constatar a equipa é jovem com poucos anos de experiência na área de neonatologia. De acordo com Benner (2001), podemos afirmar que a equipa está maioritariamente entre o nível iniciado a avançado, pelo que a formação constitui elemento fundamental no desenvolvimento de competências de toda a equipa.

Na UCEN, em 2018 foram internados 288 RN, cerca de 50% foram RN de termo doentes e os restantes RN prematuros a partir das 28 semanas de IG (seis tinham menos de 28 semanas de idade gestacional, mas foram transferidos para outras unidades). A média de tempo que os RN tiveram internados foi de 11,6 dias. A fim de entender os procedimentos a que os RN foram sujeitos foram analisados alguns dados relativamente às atitudes terapêuticas elencadas no processo informático.

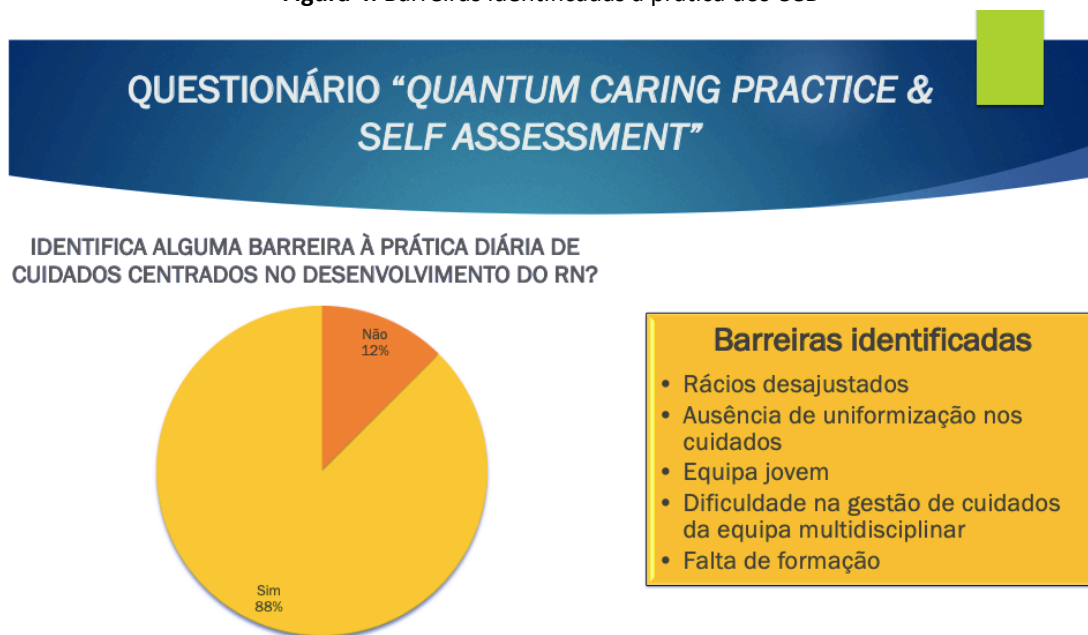
Figura 3: Atitudes terapêuticas



Constituiu elemento fundamental na formação, expor estes dados para a equipa entender a quantidade de procedimentos invasivos que se impõe aos RN, sensibilizando assim, para a necessidade de se estruturarem os cuidados e nos preocuparmos com o conforto dos RN e suas famílias.

Outra das questões analisadas foi a referente à identificação de barreiras aos CCD. Foram analisadas as respostas e divulgadas as respostas mais elencadas.

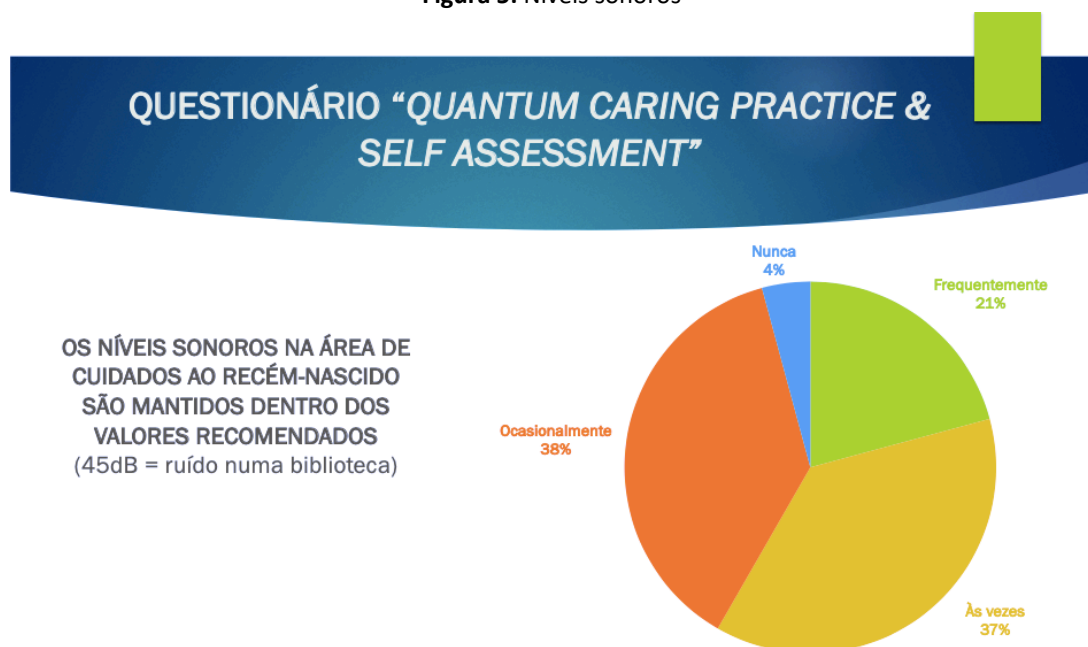
Figura 4: Barreiras identificadas à prática dos CCD



Conclui-se que 88% dos enfermeiros identifica barreiras a esta prática, e os principais motivos apontados foram, a equipa ser jovem, a ausência de uniformização nos cuidados e a falta de formação. Curiosamente estes aspetos foram também identificados pela equipa médica. Também a equipa de enfermagem se mostrou motivada para trabalhar estes aspetos, referindo que se pode evoluir, no sentido de basear a nossa prática na filosofia dos CCD.

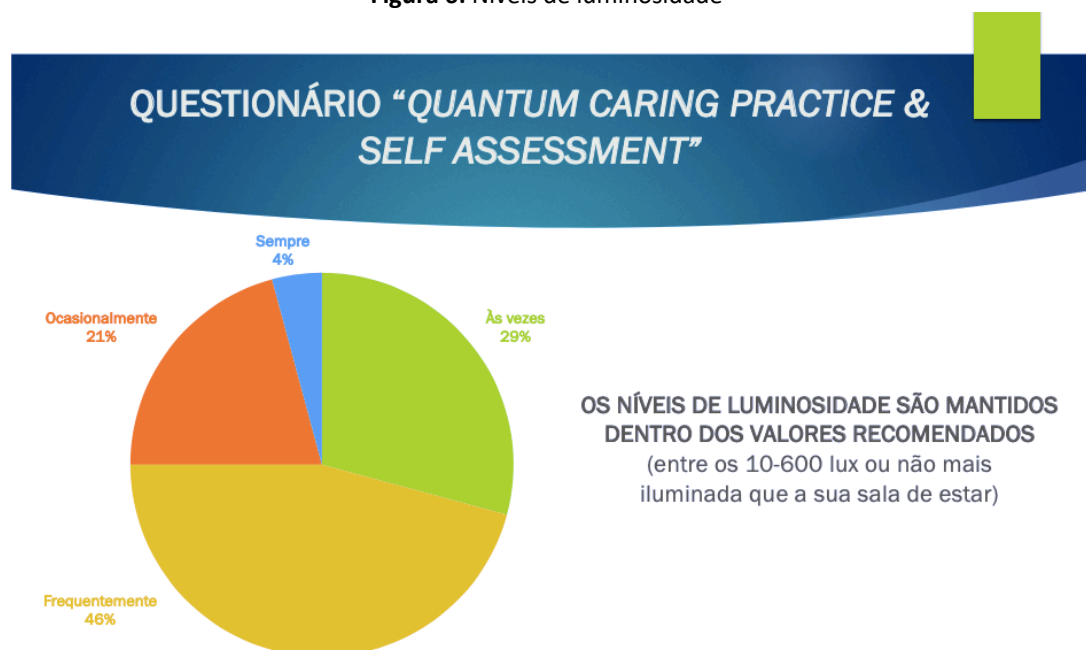
De uma forma geral, analisando os resultados do questionário com o que diariamente se visualiza na unidade, consegue-se afirmar que os inquiridos responderam com base na desejabilidade social. Este conceito, segundo Paunonen e LeBel (2012) consiste na deturpação motivada e direcional que o indivíduo constrói das suas características, respondendo seletivamente (por predisposição ou enviesamento) os itens autodescritivos que lhe são mais favoráveis socialmente, em detrimento daqueles que justificam ou correspondem à realidade. Esta distorção de resposta deve ser vista não como uma essência, mas sim como um comportamento que reflete de forma sistemática os objetivos pessoais (MacCann, Ziegler & Roberts, 2012). Este aspeto foi amplamente discutido na formação e assumido por todos quando os resultados que ora se elencam foram expostos.

Figura 5: Níveis sonoros



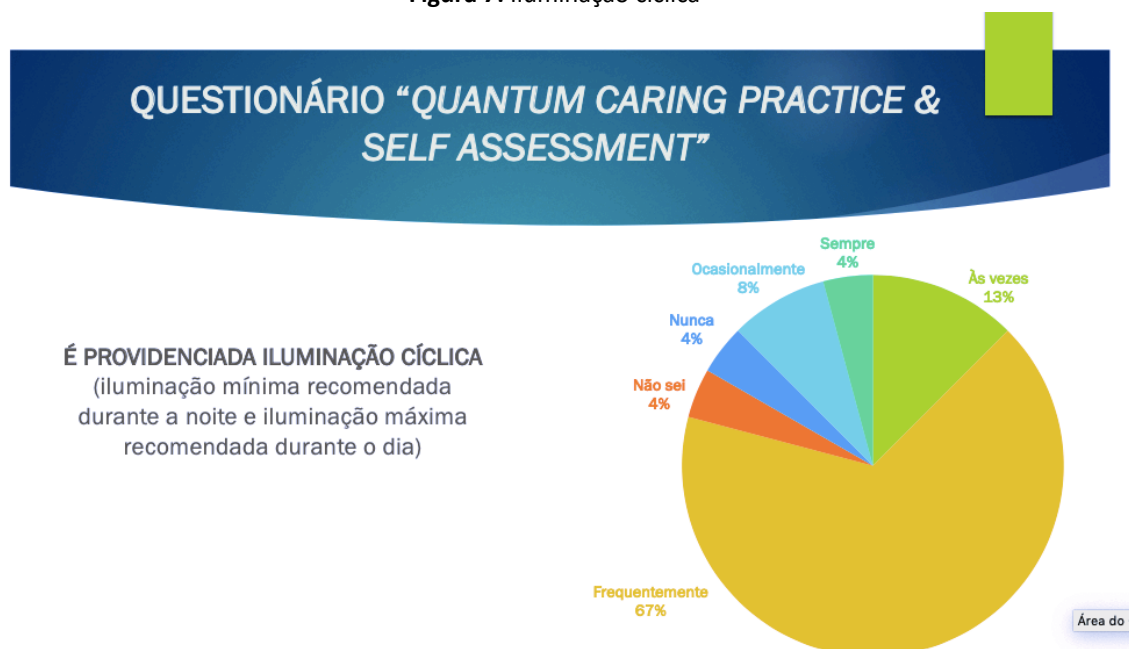
De uma forma geral, segundo estes dados, os níveis sonoros são mantidos dentro dos valores recomendados, na maioria das vezes, frequentemente (21%) e às vezes (37%).

Figura 6: Níveis de luminosidade



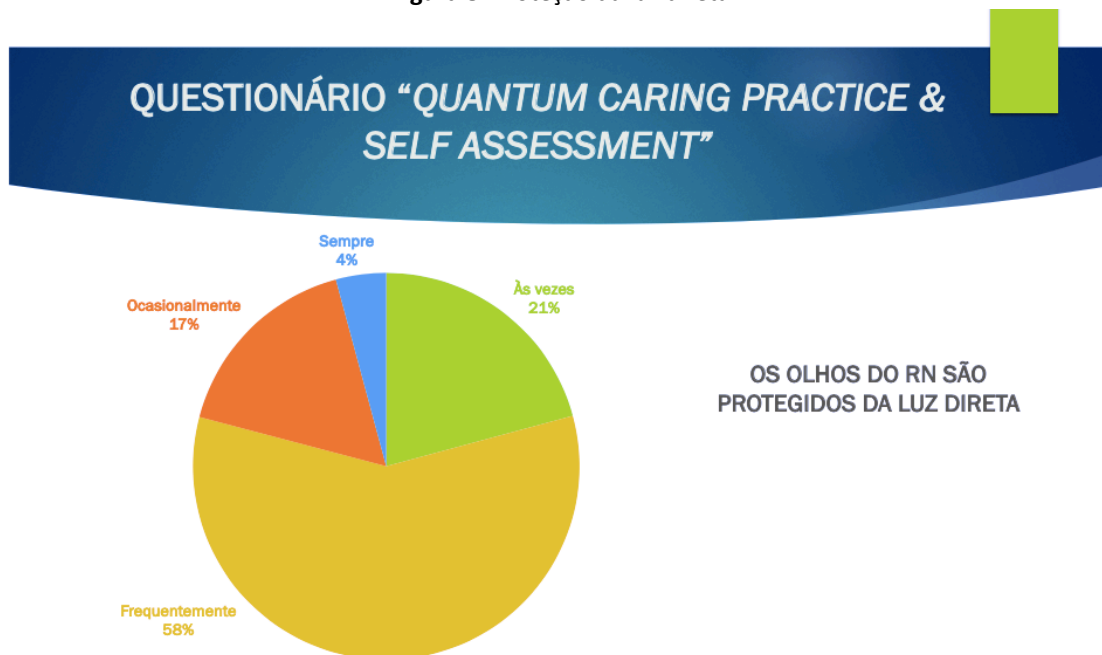
Os níveis de luminosidade são mantidos dentro dos valores recomendados, na maioria das vezes, frequentemente (46%) e às vezes (29%).

Figura 7: Iluminação cíclica



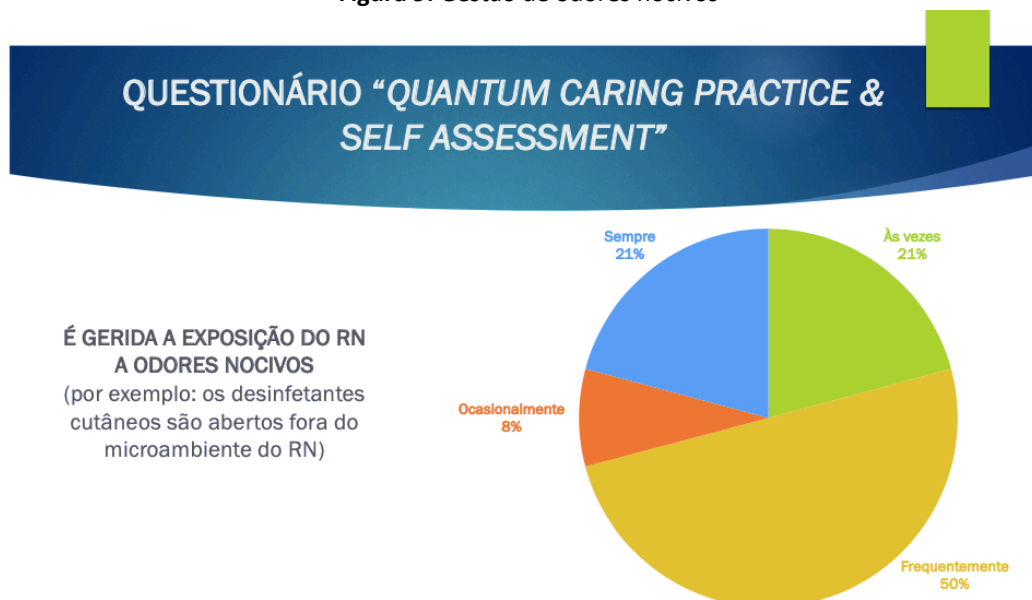
Relativamente à manutenção da iluminação cíclica, esta é providenciada frequentemente (67%) e às vezes (13%).

Figura 8: Proteção da luz direta



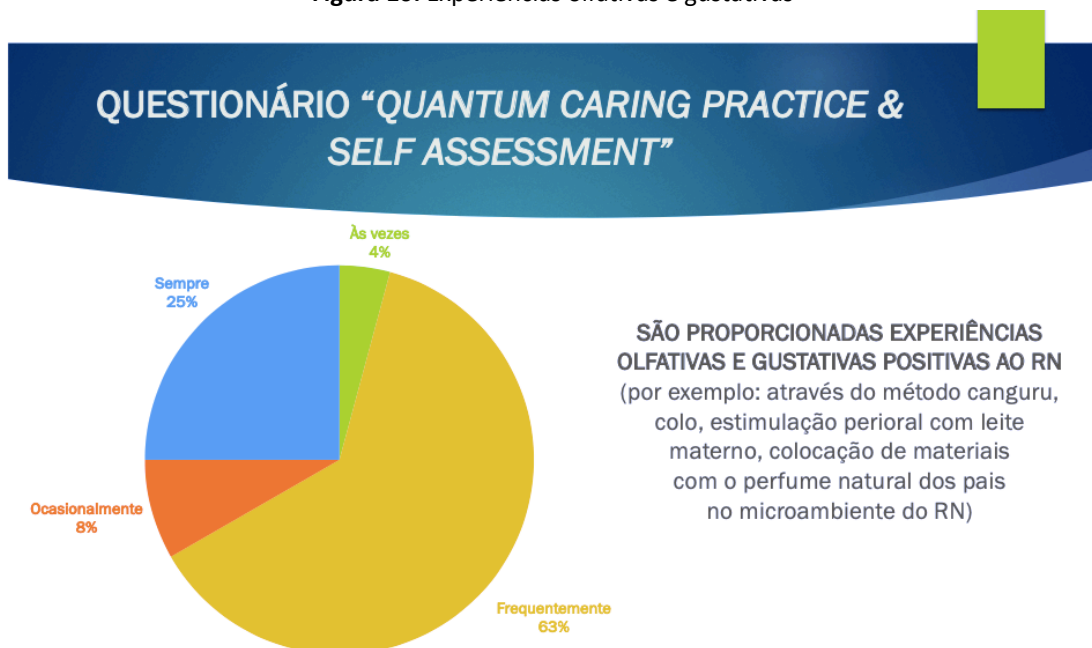
Os olhos do RN são protegidos da luz direta frequentemente (58%) e às vezes (21%). Este resultado foi amplamente discutido, concluindo-se que a maioria dos inquiridos tinham pensado apenas na luz direta do aparelho de fototerapia.

Figura 9: Gestão de odores nocivos



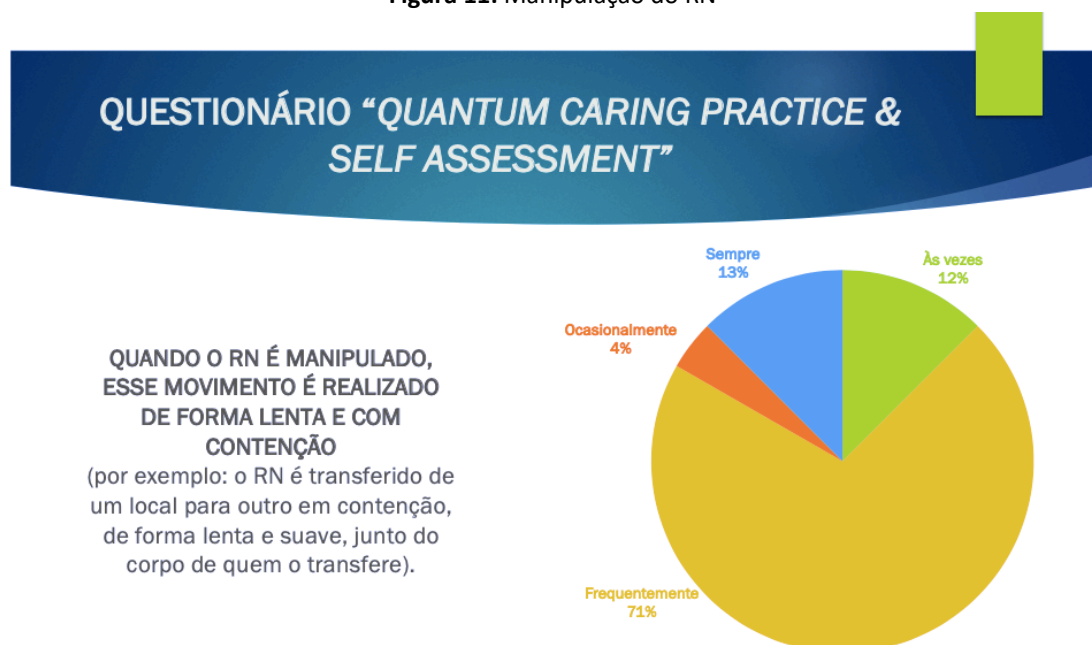
50% dos enfermeiros referiu que frequentemente gere a exposição do RN a odores nocivos. Esta questão fez com que a equipa discutisse sobre as práticas, relativamente à desinfecção da incubadora quando ocupada pelo RN.

Figura 10: Experiências olfativas e gustativas



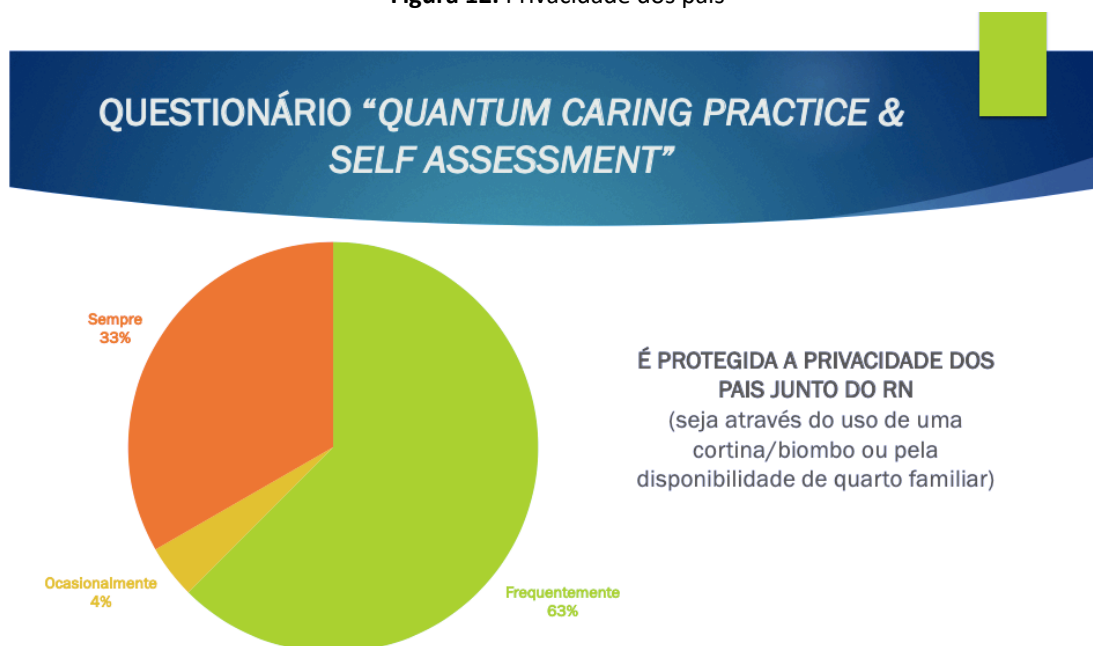
As experiências olfativas e gustativas são frequentemente (63%) proporcionadas aos RN. Esta prática é comum aos cuidados de enfermagem, pois fomenta-se o uso de fralda de pano com o odor materno, o colo e o método canguru, bem como a higiene oral com leite materno.

Figura 11: Manipulação do RN



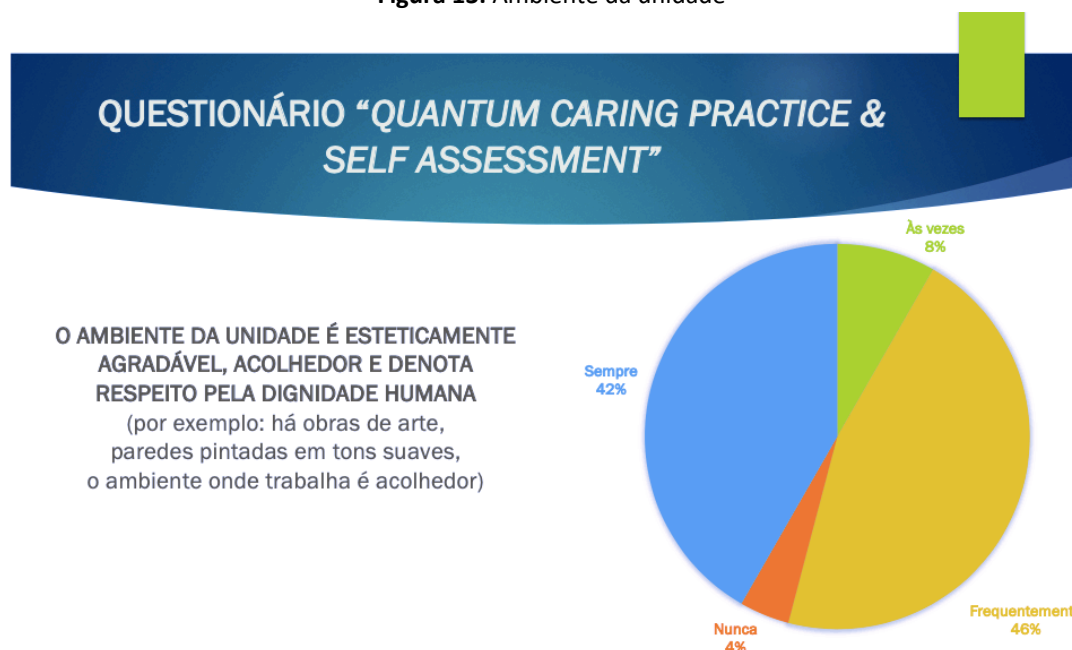
71% dos enfermeiros referiu que manipula o RN de forma lenta e com contenção, contudo foi unânime que esta forma lenta e suave é muitas vezes respeitada, contudo em contenção poderia ser mais frequente. Este foi outro aspeto considerado a melhorar.

Figura 12: Privacidade dos pais



A privacidade dos pais junto do RN é respeitada frequentemente (63%) e sempre (33%). O serviço dispõe de cortinas em todas as unidades, sendo utilizadas muitas vezes, principalmente quando os pais estão presentes. Os quartos de intensivos garante a privacidade necessária.

Figura 13: Ambiente da unidade



O ambiente da unidade é esteticamente agradável. Possui luz natural, é uma sala ampla, arejada no espaço, em tons claros. É frequentemente referido pelos pais o facto da unidade ser esteticamente acolhedora.

No final das formações foi sugerido por alguns enfermeiros, que se repetisse a aplicação do questionário após o momento formativo, para que se pudesse então garantir respostas verdadeiras e mais próximas da realidade da unidade. Todos gostaríamos que esta fosse a realidade e para isso a equipa irá trabalhar para melhorar práticas, contudo e de forma unânime foi assumido por todos, que tal ainda não acontecia com a frequência que se preconiza.

O questionário de avaliação da formação foi aplicado aos formandos e os dados obtidos passam a expor-se.

Gráfico 4: Resultados obtidos referentes a aspetos da ação de formação (UCEN)

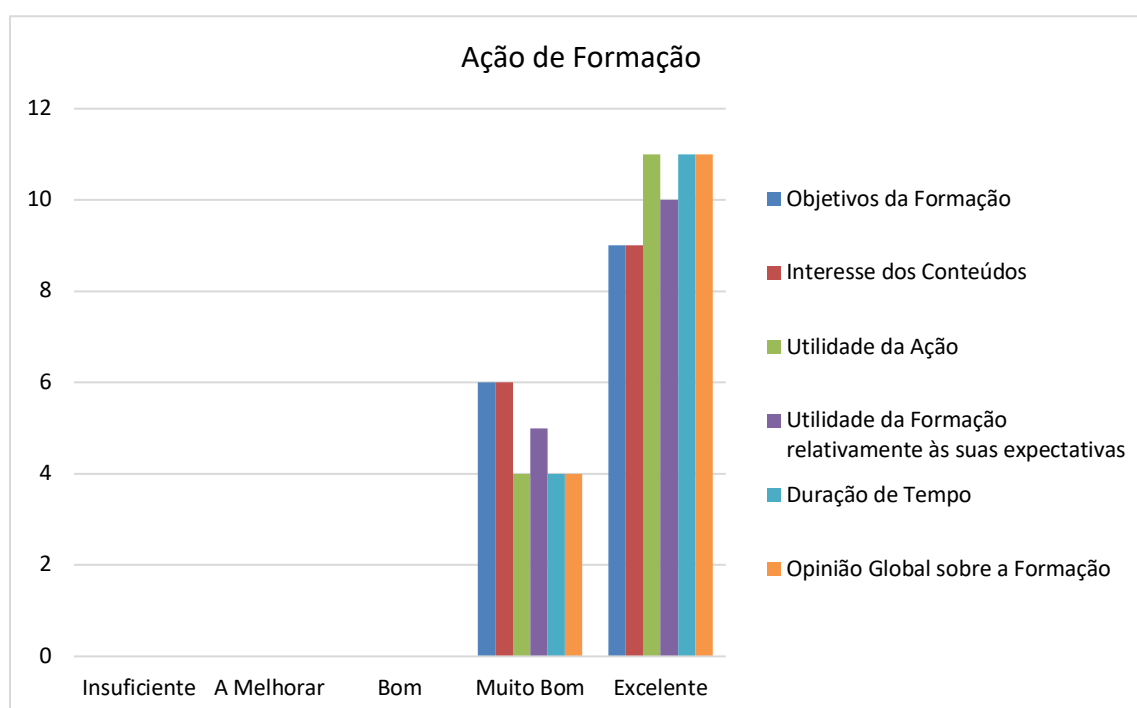


Gráfico 5: Resultados obtidos referentes a aspetos da eficácia do formador (UCEN)

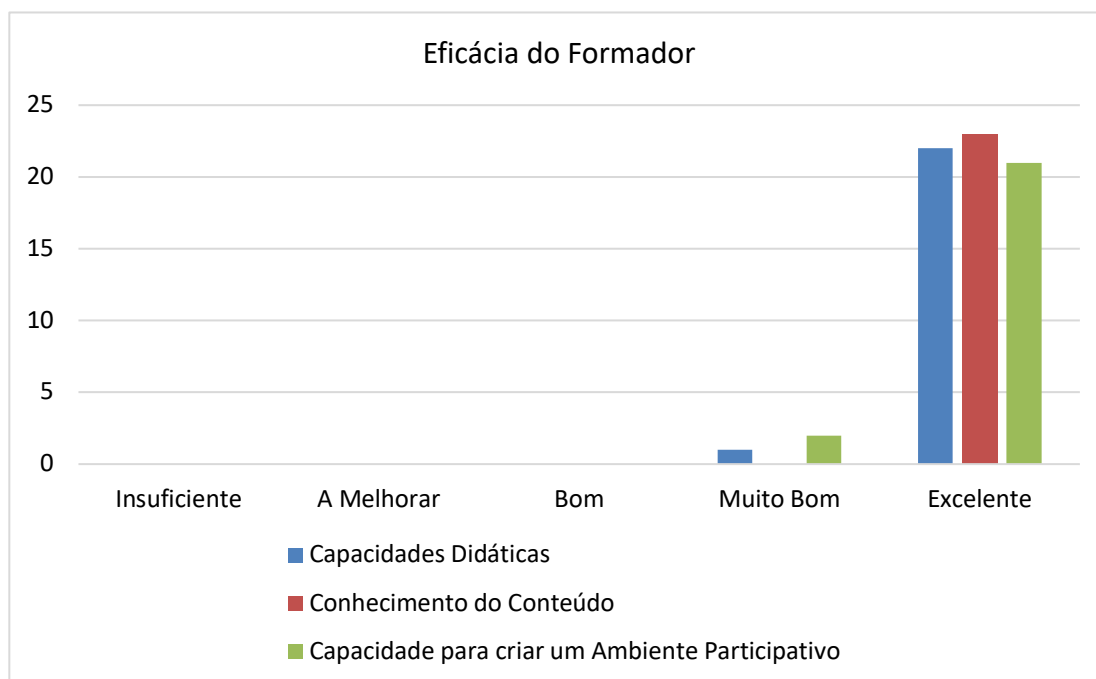
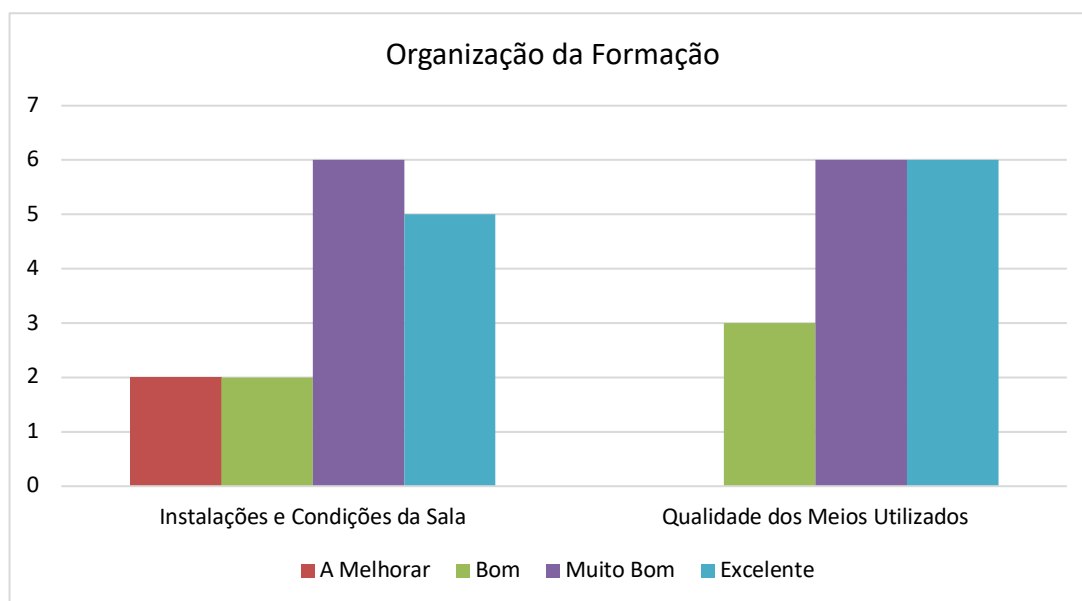


Gráfico 6: Resultados obtidos referentes a aspetos da organização da formação (UCEN)



Face a todos os aspetos expostos, conclui-se que as formações constituíram uma mais valia para toda a equipa. Os resultados práticos da aquisição destes conhecimentos verificar-se-ão no futuro, contudo a motivação sentida por toda a equipa contribuirá para que os resultados sejam positivos.

O envolvimento em projetos de melhoria configura premissa essencial do enfermeiro especialista e deve ser baseada na evidência científica. A uniformização dos cuidados é indispensável para que as crianças possam beneficiar de cuidados estruturados e devem ser vistas como a introdução de mudanças, contudo não descurando em momento algum, a individualidade que se devem pautar os cuidados de enfermagem.

Em todos os contextos foram elaborados protocolos de procedimento que uniformizassem a otimização do ambiente terapêutico ao RN. Foi tido em conta as especificidades estruturais e físicas de cada serviço (internamento de pediatria, UCIPED e UCEN), bem como das salas onde eram realizadas as consultas aos RN, na USF. Relativamente ao protocolo elaborado para a USF, foram também referidos os aspetos inerentes à consulta de vigilância de saúde infantil, que constam no PNSIJ.

Os documentos ora referidos foram baseados na evidência mais atual e pertinente para o tema, não descurando a filosofia dos CCD, que constituiu em todos os protocolos o fio norteador. Após a sua apresentação e consequente discussão com as enfermeiras orientadoras e docente orientadora, os documentos foram expostos a toda a equipa e alvo de debate, bem como foram esclarecidas as dúvidas colocadas.

Assim elaboraram-se quatro documentos que pretendem ser orientadoras da prática de enfermagem, no que concerne à otimização do ambiente terapêutico do RN:

- Protocolo de atuação – Consulta de Vigilância de Saúde Infantil do RN (apêndice VIII);
- Otimização do Ambiente do RN no Internamento De Pediatria (apêndice XI);
- Otimização do Ambiente do RN na UCIPED (apêndice XIII);
- Otimização do Ambiente do RN na UCEN (Apêndice XIV).

Parentalidade pode ser definida como o conjunto de atividades propositadas que garantem a sobrevivência e o desenvolvimento da criança (Barroso & Machado, 2011), num ambiente seguro, de forma a promover a socialização da criança objetivando a sua autonomia progressiva (Maccoby, 2001).

O desempenho da parentalidade envolve a aprendizagem e desenvolvimento de competências necessárias à tomada de decisão parental, de forma a proporcionar uma progressiva

confiança e autonomia no exercício das suas capacidades parentais. Assim, o enfermeiro deve identificar os focos de atenção e as estratégias de intervenção, no apoio da parentalidade, para que os pais possam desempenhar as suas funções positivamente (Lopes, Catarino & Dixe, 2010).

Casey (1993) defendeu que o papel do enfermeiro assenta no fornecimento de apoio, ensino e encaminhamento à família, para que esta consiga satisfazer de forma adequada as necessidades da criança.

Face ao exposto, ao implementar-se um projeto de intervenção que implica a promoção do desenvolvimento da criança, torna-se indispensável capacitar os pais para que consigam garantir os cuidados seguros ao seu filho. Em todos os contextos, no contacto direto com os pais se forneceu informação sobre a promoção do desenvolvimento, nomeadamente no que concerne às atividades promotoras adequadas à idade. A otimização do ambiente também foi amplamente divulgada, explicando sempre a importância de um ambiente saudável, fosse no contexto de hospitalização, ou em casa. Aproveitou-se sempre o momento em que se otimizou o ambiente, em todos os locais, para se sensibilizar os pais para a importância de um ambiente adequado, no que concerne à promoção do desenvolvimento saudável do RN.

Nos contextos dos CSP e no internamento de pediatria, foi proposto a elaboração de um póster onde se expusessem as atividades promotoras para o desenvolvimento, que constam no PNSIJ para o RN. Ao colocar-se estes pósteres em locais visíveis os pais teriam acesso a esta informação tão pertinente. Foi sugerido afixar os pósteres nos “Cantinho da Amamentação” de ambos os locais.

Na UCEN existe um projeto que se iria reiniciar no mês de Março, designado por “Oficina do Cuidar” e assim foi proposto à equipa que se introduzisse uma sessão cujo tema fosse a promoção do desenvolvimento. A “Oficina do Cuidar” pretende proporcionar aos pais, o desenvolvimento de competências parentais, contribuindo para o envolvimento e autonomia parental, de forma dinâmica. Consiste num espaço de partilha e discussão onde se apresenta aos pais uma sessão semanal, onde são abordados vários temas, nomeadamente a amamentação, a alimentação do RN, o sono, entre outros. A sugestão foi aceite pela equipa e foi elaborada uma sessão sobre a promoção do desenvolvimento do RN, onde os principais assuntos abordados são a transição do ambiente uterino para o ambiente da unidade e suas implicações; a promoção do desenvolvimento durante o internamento e por fim as atividades promotoras do desenvolvimento

em casa. Relativamente à promoção do desenvolvimento na unidade, foram espelhadas as medidas de otimização do ambiente, para que todos possam contribuir para um ambiente saudável. No que concerne à promoção do desenvolvimento em casa, foram elencadas as atividades promotoras do desenvolvimento preconizadas pelo PNSIJ.

No momento de redação do presente documento e fora do contexto de estágio, já foi apresentada esta sessão, configurando um momento de satisfação dos pais, promovendo a partilha e aos poucos começa-se a observar mudanças nos seus próprios comportamentos. Esta atividade contribuiu fortemente para o incremento da literacia em saúde das famílias dos RN internados.

Na UCEN, foi ainda efetuado um levantamento de material facilitador à otimização do ambiente, e que se apresentou na formação, lançando um desafio às responsáveis pela gestão.

Figura 14: Equipamentos facilitadores da otimização do ambiente



O projeto foi encarado pelos enfermeiros dos vários contextos, como uma oportunidade para introduzir mudanças, inclusivamente do ponto de vista organizacional, permitindo que os serviços pudessem responder adequadamente às necessidades das crianças e suas famílias.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo pretende ser conclusivo, incluindo um breve resumo do percurso formativo baseado no desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista, refletindo com factos ocorridos, analisando de forma clara, o nível de alcance e desenvolvimento das competências de mestre e especialista.

As competências de mestre associam-se, muitas vezes, ao mesmo domínio das competências de especialista, e grande parte das atividades desenvolvidas nos vários contextos são comuns e indissociáveis, pelo que se tentará expor com clareza o caminho decorrido.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No âmbito das competências comuns de enfermeiro especialista, importa reforçar que são constituídas por quatro domínios (OE, 2019):

- A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;
- B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade;
- C. Domínio da Gestão de Cuidados;
- D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

A prática transversal a todo o percurso formativo baseou-se sempre, nos valores éticos e deontológicos, com respeito pelos direitos humanos definidos para a enfermagem.

O código deontológico serviu de documento orientador para a tomada de decisão. Não podendo expor todo o documento opta-se por evidenciar algumas premissas consideradas fundamentadas na prática especializada em saúde infantil e pediátrica. A população que cuidamos é particularmente vulnerável, pelo que se assume como essencial preservar os valores humanos (artigo 102º), garantir o direito ao cuidado (artigo 104º), promover a excelência do exercício (artigo 109º) e proporcionar a humanização dos cuidados (artigo 110º) (OE, 2015a).

Ao longo deste percurso foi sempre demonstrado uma prática segura, profissional e ética. Os pressupostos éticos foram cumpridos no planeamento e execução do projeto de intervenção,

garantindo sempre o anonimato de todas as instituições, bem como dos profissionais e utentes alvo dos cuidados. Ainda assim, foi solicitado à Comissão de Ética da instituição onde decorreram a maioria das atividades inerentes ao projeto. Até à data da submissão do presente documento, ainda não havia resposta formal, contudo, foi autorizado a implementação do projeto pelos responsáveis do serviço, Diretor da Pediatria e Enfermeira Coordenadora.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o projeto desenvolvido constituiu um veto de mudança em todos os contextos, contribuindo para que no futuro os enfermeiros promovam os cuidados centrados no desenvolvimento, nomeadamente no que concerne ao ambiente terapêutico ótimo para os RN. Foram implementadas algumas medidas facilitadoras à melhoria dos cuidados.

A mobilização de conhecimentos e habilidades foram uma constante durante o processo formativo, através da aquisição, aprofundamento e mobilização de conhecimentos, foi possível exercer a profissão com os conhecimentos adequados, adotando medidas que permitiram melhorar os cuidados. No estágio final foi possível contribuir para projetos institucionais, através da inclusão de uma sessão de educação para a saúde num projeto já existente na UCEN.

A promoção do ambiente terapêutico integrou foco central do projeto de intervenção e no seu impacto no RN, promovendo a otimização do mesmo no sentido de promover o seu desenvolvimento.

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, o conhecimento previamente adquirido no âmbito da experiência profissional revestiu-se de ímpar relevância. Do reconhecimento à adaptação a cada contexto das funções de chefia da equipa, da otimização da equipa adequando os recursos às necessidades dos serviços, bem como os vários estilos de liderança e seu ajustamento face à equipa e situação, considera-se que as competências foram facilmente desenvolvidas nos diversos locais de estágio.

A investigação em enfermagem suporta a praxis clínica, partindo da evidência emanada na literatura para a promoção da melhoria dos cuidados e sequente otimização dos resultados em saúde (OE, 2006). Deste modo, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais configura o domínio cujo desenrolamento se revelou maior ao longo de todo o processo formativo,

contribuindo para a evolução do autoconhecimento e no suporte concedido à prática clínica concreta.

No âmbito do estágio final, integrando um dos elementos de avaliação, foi proposto aos estudantes a elaboração de um artigo científico. Assim, não só como objetivo de estágio, o artigo redigido, configurou momento determinante para o desenvolvimento das competências inerentes à pesquisa e rigor científico, domínio inerente ao EESIP. Importa referir que as competências de mestre, também são amplamente desenvolvidas, com este tipo de pesquisa alicerçada no método científico. O artigo teve por base uma revisão integrativa da literatura, que consiste num método de pesquisa que promove a síntese de todo o tipo de estudos existentes (independentemente da metodologia), permitindo responder a uma pergunta de investigação (Mendes, Silveira & Galvão, 2008). O resumo e o “*abstract*” encontram-se no apêndice XVIII. Importa referir que o artigo será proposto para publicação, motivo pelo qual não se expõe na íntegra, no presente documento.

Face ao exposto, realizou-se uma revisão integrativa de literatura, pesquisando a literatura nas bases de dados, *EBSCO* e *PUBMED*, com recurso ao modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) para a organização e apresentação da informação recolhida. Das 1034 publicações iniciais, selecionaram-se 6 artigos, cuja informação apresenta maior destaque nas intervenções, que contribuem para um ambiente sensorial promotor do desenvolvimento saudável do recém-nascido pré-termo.

Concluindo, a ousadia da sugestão referida no artigo, passaria por propor um maior investimento, no estudo das medidas concretas, que se devem adotar nas UCIN, com vista à otimização do ambiente que proporcionamos aos RNP. A literatura é clara a classificar o ambiente das UCIN, como uma variável importante que influencia o desenvolvimento do RNP, contudo ainda não apresenta propostas consensuais quanto às medidas mais eficazes na otimização do ambiente. O EESIP deverá assim ter um preponderante papel na busca e atualização constante do conhecimento, promovendo a melhoria constante dos cuidados.

Não obstante o término do atual percurso académico, a utilização da evidência científica como base de uma praxis sustentada visando a excelência do cuidar a criança, jovem e família manter-se-á, seguramente, para a vida profissional futura.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Importa referir que as competências na área de especialidade são:

- A. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- B. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- C. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

A OE, nos seus estatutos (OE, 2015a), nomeadamente no artigo 101º, emana que o enfermeiro deve ser responsável para com a sua comunidade, assumindo o dever de conhecer as necessidades da sua população, participe na orientação da comunidade na procura de soluções para os problemas detetados e ainda que colabore com outros profissionais em programas que respondam às suas necessidades.

A promoção do desenvolvimento infantil saudável, só é possível quando a criança e jovem está inserida numa família, que se inclui numa comunidade. Assim, deve o enfermeiro numa perspetiva holística e global influenciar todos os seus membros, promovendo a equidade no acesso aos serviços de saúde, para que as crianças que nela estão inseridas se possam desenvolver dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando os seus determinantes sociais (DGS, 2013). O reconhecimento de que os pais/cuidadores, enquanto primeiros prestadores de cuidados são fundamentais na manutenção de um ambiente saudável, constitui premissa fundamental no cuidar em saúde infantil.

O primeiro contexto de estágio permitiu consolidar o conhecimento sobre desenvolvimento infantil, de forma a encontrar respostas adequadas na maximização da saúde das crianças, assistindo-as na sua saúde. Esta aquisição foi amplamente transversal a todos os contextos seguintes, pois contribuiu para a sensibilização da importância da avaliação do desenvolvimento infantil em todos os momentos de contacto com as crianças. As atividades realizadas nos CSP permitiram olhar a criança na sua condição de saudável, entendendo a importância da contribuição do EESIP na prevenção da doença, promovendo a sua saúde. Assim, em todos os momentos futuros, a premissa da maximização da saúde será sempre foco nos cuidados.

A hospitalização da criança representa para si e para a sua família um momento de crise, por vezes a primeira crise da sua vida, constituindo motivo de stresse, ansiedade e angústia (Hockenberry & Wilson, 2015). A experiência profissional prévia, relacionada essencialmente com os cuidados em situações complexas permitiu desenvolver as competências inerentes a este tipo de cuidados. O reconhecimento de instabilidade das funções vitais, a gestão eficaz da dor, a promoção da adaptação da criança e sua família à doença crónica caracterizou a experiência profissional prévia. Deste modo, foi possível facilmente identificar as necessidades das equipas dos contextos de estágio e coadjuvar o seu desenvolvimento, propondo protocolos de procedimentos, baseados na evidência científica, de forma a promover a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Olhando a complexidade com olhar de EESIP, foi possível aplicar os conhecimentos e habilidades prévias no cuidado à criança/jovem e suas famílias considerando as suas especificidades e exigências de forma mais global e sem descuidar nenhuma delas. Se anteriormente, o foco era a garantia de que se possuía o conhecimento e as habilidades (muitas vezes mais técnicas) para cuidar das crianças em situações complexas, de ora em diante, o foco passará a ser cuidar da criança nos vários momentos da sua vida, nomeadamente em situações de doença complexa, perspetivando a sua melhoria com vista à maximização da sua saúde, na perspetiva holística do cuidar.

O enfermeiro como cuidador ao longo do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem, deve atribuir-lhes igual valor, protegendo e defendendo a sua vida em todas as circunstâncias, respeitando a sua integridade biopsicossocial, cultural e espiritual, participando nos esforços profissionais para valorizar a sua vida e a qualidade de vida (artigo 103º da Lei nº 156/2015; AR, 2015 e OE, 2015a). O projeto implementado ao longo das 22 semanas de estágio assumiu as premissas identificadas neste artigo, referente aos direitos à vida e à qualidade de vida do ser humano, perspetivando que ao longo de todo o seu ciclo vital, e seja em que momentos for, o EESIP deve sempre manter o foco na garantia da qualidade de vida às crianças e famílias de quem cuida.

4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O Mestre em Enfermagem deve possuir competências e conhecimentos de forma a intervir de forma especializada, evidenciando níveis elevados de julgamento clínico apoiando a tomada de decisão consciente. O mestrado nesta área do saber assegura ainda, a aquisição de uma

especialização de natureza profissional, configurando ao enfermeiro a responsabilidade de exercer com um elevado grau de diferenciação, promovendo a melhoria dos cuidados de saúde, recorrendo à investigação. Baseando a sua prática na evidência, recorrendo aos referenciais éticos e deontológicos, capacita a governação clínica, liderando equipas supervisionando-as e gerindo os cuidados com vista à excelência. O desenvolvimento de projetos contribui para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina baseada na evidência científica e de formação especializada (Universidade de Évora, 2017).

O percurso formativo foi pautado de inúmeras experiências que permitiram desenvolver a capacidade para integrar conhecimentos, lidando com questões complexas conseguindo com base na reflexão sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais, obter resultados nos vários contextos.

Os conhecimentos mobilizados no contexto teórico do Mestrado permitiram elevar o nível de compreensão das várias temáticas permitindo a possibilidade de se desenvolver e aprofundar questões de relevância para os cuidados em saúde, nomeadamente ao nível da gestão, formação e segurança do doente.

Com o intuito de desenvolver as competências inerentes ao mestrado, bem como contribuir para a reflexão em enfermagem de saúde infantil, foi proposto a apresentação de dois pósteres e uma comunicação oral em três eventos distintos.

Objetivando a divulgação de um trabalho realizado em co-autoria, intitulado *“Alergias Alimentares na Criança Hospitalizada: Análise do Risco e Proposta de Plano de Ação”*, no âmbito da componente teórica do mestrado, foi proposto e aceite para comunicação oral no “V Colóquio Luso-Brasileiro sobre Saúde, Educação e Representações Sociais (CLBSERS) e X Fórum Internacional de Saúde, Envelhecimento e Representações Sociais (FISERS)”, que decorreu em Évora. A comunicação possuiu como principais objetivos, a divulgação de uma análise de risco realizada num hospital da Área Metropolitana de Lisboa, bem como a proposta de ação visando a diminuição do risco, incidindo sobre a identificação multissistémica e multidisciplinar da alergia alimentar na criança hospitalizada. O certificado comprovativo da participação referida encontra-se no **Anexo II**.

Mantendo o foco na segurança do doente pediátrico, foi também elaborado um póster, em co-autoria, intitulado *“A Tecnologia como Recurso na Promoção da Segurança do Doente*

Pediátrico”, que foi aceite para apresentação no evento da empresa Lusíadas Saúde, *Clinical Summit*, que decorreu em Lisboa. O póster pretendeu divulgar os resultados de um estudo, realizado através duma abordagem qualitativa e quantitativa, retrospectivo e comparativo, cujo objetivo foi analisar as notificações de incidentes, relacionadas com a terapêutica em pediatria, ocorridas num período homólogo de seis meses – antes e depois - da operacionalização do software de validação da terapêutica, utilizado num hospital da Área Metropolitana de Lisboa. A referida aplicação permite validar todo o processo, desde a prescrição de terapêutica, até à sua administração, minimizando a interferência do fator humano nos erros terapêuticos. A referida análise permitiu estudar as falhas ou omissões no processo, contribuindo para a identificação de possíveis causas, contribuindo para o desenvolvimento de softwares mais robustos, com vista à minimização do erro terapêutico em pediatria. Esta apresentação recebeu uma menção honrosa no referido evento (**Anexo III**).

Em dezembro de 2018, ocorreram em Leiria, as primeiras jornadas da Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente. Para este evento foi proposto a apresentação de um póster, em co-autoria, intitulado, *“Aleitamento Materno: O uso da tecnologia na promoção da segurança do recém-nascido”*.

Partindo da premissa que amamentar é um ato fisiológico característico dos mamíferos e constitui a melhor fonte de alimento na fase inicial da vida do ser humano, importa promovê-lo em todas as situações. Contudo, num contexto de doença, nem sempre é possível a administração direta de leite materno, sobretudo quando o recém-nascido nasce prematuramente.

Em ambiente hospitalar, o circuito de leite materno é um processo complexo, que inclui todas as etapas desde a recolha até à sua administração. Assim importa garantir que o leite é administrado num estado apropriado. O objetivo do estudo realizado e apresentado no evento referido, foi analisar a incidência do erro e quase-erro relativamente ao circuito do leite materno num serviço de neonatologia, da Área Metropolitana de Lisboa, no período compreendido entre 2017 e 2018. O hospital onde o estudo foi realizado, utiliza um software que valida todas as etapas associadas ao leite materno, desde a sua recolha até à administração. Assim, foi também objetivo do estudo referido analisar a taxa de conformidade obtida na aplicação. Conclui-se com o presente estudo, que a equipa multidisciplinar envolvida possui total controlo ao longo do circuito, devido à rastreabilidade possibilitada pelo registo do leite na aplicação, desde a sua recolha até à sua administração, o que confere maior confiança por parte das famílias no processo e cuidados. Ao

longo do circuito, o registo dos alertas emitidos permite a análise crítica dos eventos, promovendo a otimização do sistema e, conseqüentemente, a segurança do doente neonatal no que concerne à administração do leite materno. Num evento cujo objetivo primordial foi a promoção da segurança do doente pediátrico, o póster objetivou a divulgação de uma prática inovadora que possui ótimos resultados, podendo ser replicada a outras unidades. O certificado da apresentação encontra-se em **Anexo IV**.

Face ao anteriormente explanado, o mestre na sua área de conhecimento, deve ser capaz de comunicar as suas conclusões, de forma clara e sem ambiguidades, objetivo amplamente cumprido.

Em jeito de síntese, avaliando o percurso trilhado, bem como o documento apresentado, considera-se que o objetivo de desenvolvimento e consolidação de competências de mestre foi assumidamente efetivado. Resta por fim, assumir o compromisso que o contributo deste percurso será transportado para a vida profissional futura, mantendo a busca incessante de novos conhecimentos partilhando-a com todos os profissionais, promovendo a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, bem como contribuindo para uma Enfermagem cada vez mais científica e rigorosa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do documento que ora termina possibilitou a demonstração do percurso formativo permitindo a consolidação ponderada do mesmo, refletindo o projeto edificado com o desenvolvimento das competências de EESIP, competências de mestre, assim como sobre o agir enquanto enfermeira e o papel que desempenhamos na promoção de cuidados de qualidade e excelência. Num movimento pendular entre reflexão das práticas e confronto com o exarado na literatura disponível, o exercício exigido revelou-se valiosa oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento pessoais, acadêmicos e profissionais.

A preparação de um projeto de intervenção pensado e refletido envolve sempre, ou deverá envolver, um rigoroso e complexo processo de pesquisa por estudos e informação científica e atualizada, conducentes à identificação das necessidades e, na sequência, à prestação de cuidados de excelência, tal como exigido nos diversos preceitos orientadores e reguladores do exercício profissional do enfermeiro.

Atendendo aos domínios comuns do enfermeiro especialista, considera-se terem sido desenvolvidas competências no domínio da gestão dos cuidados, aprendizagens profissionais e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, procurando através da implementação de atividades específicas, otimizar respostas e incrementar práticas seguras e promotoras do desenvolvimento no contexto do cuidado à criança/jovem e suas famílias.

Tendo em consideração os objetivos definidos, tanto pela pesquisa desenvolvida sobre a temática proposta e da qual resultou o enquadramento teórico sobre RN de risco e cuidados centrados no desenvolvimento, nomeadamente no que concerne à medida central “ambiente terapêutico”, quer pelo planeamento e execução de um projeto de intervenção, identificando todas as suas fases, quer pelas propostas, de elaboração de instrumentos que se asseveram facilitadores da tomada de decisão e que conduzem à uniformização dos cuidados de enfermagem, considera-se terem sido alcançados os objetivos traçados para este percurso formativo. No capítulo referente ao enquadramento teórico, optou-se por desenvolver essencialmente a temática sobre a prematuridade devido ao facto da maioria dos RN internado nas UCIN serem RN pré-termo.

Ao enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica cabe desenvolver os mecanismos necessários para a estruturação do conhecimento e, com base na evidência científica,

formular modelos orientadores da prática de excelência nos cuidados dirigidos à criança/jovem e família, ao longo do seu ciclo vital, propondo intervir de forma adequada sempre que se identifiquem problemas na prática diária.

Pretende-se que o projeto ora desenvolvido possa contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem em todos os locais onde foi implementado e que possam continuar a explorar o tema. Devido ao fator temporal não foi possível desempenhar todas as atividades que se gostaria, pelo que em todos os locais foi deixada a possibilidade de lá voltar e contribuir para a continuidade e sucesso da promoção do ambiente adequado à promoção do desenvolvimento do RN.

Como aspetos facilitadores destaque-se o apoio e orientação da docente que integrou os estágios, e orientou a construção do presente documento para pudesse ser um elemento difusor e justo do percurso desenvolvido. O gosto pessoal pelo cuidado ao recém-nascido pré-termo, doente e suas especificidades, bem como pela complexidade dos cuidados centrados no desenvolvimento, contribuíram de forma decisiva para facilitar e motivar o processo de aprendizagem inerente ao percurso ora traçado, bem como à edificação do presente documento.

Os aspetos dificultadores a ressaltar passam pela escassez de tempo, devido à exigência partilhada por todas as áreas da vida pessoal, profissional e académica, contudo houve um investimento ímpar para que esses fatores não contribuíssem de forma negativa para o produto final, uma vez que a motivação sentida ao longo do mesmo contribuiu para o empenho crescente aplicado.

A vida oferece-nos algumas vezes oportunidades que não podem ser desperdiçadas, mesmo que, em algumas, seja exigido um esforço acrescido, o ânimo e a motivação contribuem para a obtenção do sucesso do que nos propomos realizar.

Experiência francamente enriquecedora, o desafio subjacente à construção de um projeto de intervenção, tal como o ora executado, bem como ao trajeto percorrido em si, asseverou-se determinante para o desenvolvimento de competências de EESIP e de mestre.

O século XX foi fecundo em aumento de conhecimento que garantiu da sobrevivência da criança, diminuindo a sua taxa de mortalidade. Que o século XXI seja fértil no aumento do conhecimento científico, nomeadamente na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, cujo

foco seja a promoção da qualidade de vida das crianças, jovens e suas famílias. Se tal acontecer já valeu a pena.

6. REFERÊNCIAS

- Albuquerque, M., Valente, S., Oliveira, G., & Albuquerque, M. (2006). Estimativa do ruído numa unidade de cuidados intensivos neonatais. *Nascer e Crescer*, XV(4), 219-222.
- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: promise for the assessment of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229-243. doi: 10.1002/1097-0355(198224)3:4<229::AID-IMHJ2280030405>3.0.CO;2-H
- Als, H. (1986). A synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*. 6(3-4), 3-53. doi: 10.1080/J006v06n03_02
- Als, H. (2015) Program guide. Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP). An education and training program for health care professionals. Boston: National NIDCAP Training Center.
- Als, H.; Lawhon, G.; Brown, E.; Gibes, R.; Duffy, F.; McAnulty, G.; Blickman, J. (1986). Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for bronchopulmonary dysplasia: Neonatal intensive care unit and developmental outcome. *Pediatrics*, 78(6), 1123-1132.
- Als, H.; Duffy, F.H.; McAnulty, G.B.; Rivkin, M.J.; Vajapeyam, S.; Mulkern, R. (2004). Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*, 113(4), 846-857. doi:10.1542/peds.113.4.846
- Als, H.; McAnulty, G. (2000). *Developmental care guidelines for use in the newborn intensive care unit*. Boston, Massachusetts, United States of America: National NIDCAP Training Center.
- Altimier, L., & Phillips, R. (2013) The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven neuroprotective core measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22. doi: 10.1053/j.nainr.2012.12.002

- American Psychological Association [APA]. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, United States of America: American Psychological Association.
- Askin, D., & Wilson, D. (2014). *Recém-nascido de alto risco e a família*. In M. Hockenberry & D. Wilson, *Enfermagem da criança e do adolescente* (pp. 331-411). Loures, Portugal: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Assembleia da República (1990). Resolução da Assembleia da República n.º 20/90. Convenção sobre os Direitos da Criança. *Diário da República, I série, 211, 3738-(2)-3738-(20)*.
- Assembleia da República (2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. *Diário da República, 1.ª série, 181, 8059-8105*.
- Barroso, R.G., & Machado, C. (2011). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica, 52-I, 211-230*.
- Batalha, L.M.C. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência, série III (2), 73-80*.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Bingham, P.M., Ashikaga, T., & Abbasi, S. (2012). Relationship of Neonatal Oral Motor Assessment Scale to feeding performance of premature infants. *Journal of Neonatal Nursing, 18(1), 30-36*. doi: 10.1016/j.jnn.2010.09.004
- Birnholtz, J.C., & Benacerraf, B.R. (1983). The development of fetal hearing. *Science, 222(4623), 516-518*. doi: 10.1126/science.6623091
- Bispo, M.A., & Nunes, A. (2012). *História clínica e exame do recém-nascido*. In J. Guimarães et al. (ed.). *Neonatologia: Manual prático* (2.ª ed.) (pp. 26-30). Lisboa, Portugal: Unidade e Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de São Francisco de Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

- Brazelton, T. (2002). *Dar atenção à criança: Para compreender os problemas normais do crescimento*. Mem Martins, Portugal: Terramar.
- Brown, V.M. (2004). *Dorothy E. Johnson: Modelo de Sistema Comportamental*. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (org.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (pp. 279 - 299). Loures, Portugal: Lusociência.
- Carnevale, F.A., & Gaudreault, J. (2013). The experience of critically ill children: A phenomenological study of discomfort and comfort. *Dynamics*, 24(1), 19-27.
- Carrilho, I. (2008). Alterações do estado de consciência em idade pediátrica. *Nascer e Crescer*, XVII(3), 166-167.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), pp. 1058-1062.
- Castelo, T.M., & Fernandes, B. (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde Infantil*, 31(1), 12-17.
- Cleaveland, K. (2010). Feeding challenges in the late preterm infant. *Neonatal Network*, 29(1), 37-41. doi:10.1891/0730-0832.29.1.37
- Constante, A. (2017). *Eficácia do NIDCAP na morbilidade neonatal e no neurodesenvolvimento – Scoping Review*. Coimbra, Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Cordovil, R., & Barreiros, J. (2014). *Desenvolvimento motor na infância*. Lisboa, Portugal: FMH Edições.
- Costa, R., Padilha, M.I., Amante, L.N., Costa, E., & Bock, L.F. (2009). O legado de Florence Nightingale: Uma viagem no tempo. *Texto Contexto de Enfermagem*, 18(4), 661- 669.
- Coughlin, M. (2014). *Transformative nursing in the NICU: Trauma-informed age-appropriate care*. New York, United States of America: Springer Publishing Company.
- Coughlin, M. (2016). *Trauma-Informed Care in the NICU. Evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians*. New York, United States of America: Springer Publishing Company.

- Coutinho, C.P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra, Portugal: Edições Almedina.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto, Portugal: Editora LivPsic.
- Cunha, M. et al. (2006). Estudo da morbilidade no neurodesenvolvimento em recém-nascidos de muito baixo peso. *Saúde Infantil*, 28(3), 25-37
- Curado, M.A.S., Marôco, J.P., Vasconcellos, T., Gouveia, L.M., & Thoyre, S. (2017). Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem Referência, série IV*, 12,131-142. doi: 10.12707/RIV16070
- D'Agata, A.L., Coughlin, M. & Sanders, M.L. (2018). Clinician perceptions of the NICU infant's lived experience: Is the NICU hospitalization Traumatic?. *American Journal of Perinatology*, 35. doi: 10.1055/s-0038-1641747
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente* (trad.). Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). *Norma 010/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2016). *Norma 016/2016. Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). *Processo assistencial integrado da febre de curta duração em idade pediátrica*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Domingues, V.S. (2017). *O papel da intervenção psicomotora no desenvolvimento infantil e na intervenção precoce* (relatório de estágio). Lisboa, Portugal: Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

- Entidade Reguladora da Saúde [ERS]. (2016). Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Porto, Portugal: Entidade Reguladora da Saúde.
- European Association for Children in Hospital [EACH] (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*: Instituto de Apoio à criança.
- Ferraz, A.R. & Guimarães, H. (2004). *Ensino da Pediatria na Escola Médica do Porto*. Porto, Portugal. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Ferraz, L, Ferreira, A., Almeida, A., Costa, L., & Alves, M. (2016). *O prematuro e o ambiente sonoro da unidade de neonatologia A-UCI*. III Encontro de Neurodesenvolvimento da Beira Interior, Castelo Branco, Portugal. Consultado a 21 de outubro de 2018 em <http://www2.ulscb.min-saude.pt/neurodesenvolvimento/post%C3%A9rs> – link não funciona
- Ferraz, L.P.L. (2017). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro* (dissertação de mestrado). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Filippa, M. et al. (2017). Systematic review of maternal voice interventions demonstrates increased stability in preterm infants. *Acta Paediatrica*, 106(8), 1220-1229. doi: 10.1111/apa.13832
- Fonseca, A., & Perdigão, A. (1999). *Guia dos direitos da criança* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à Criança.
- Formiga, C.K.M.R., & Linhares, M.B.M. (2009). Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(2), 472-480. doi: 10.1590/S0080-62342009000200030
- Fortin, M-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- Freese, B. (2002). *Betty Neuman: Modelo de sistemas*. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (org.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (pp. 335-376). Loures, Portugal: Lusociência.

- Fucile, S., McFarland, D., Gisel, E.G., & Lau, C. (2012). Oral and non-oral sensorimotor interventions facilitate suck-swallow-respiration functions and their coordination in preterm infants. *Early Human Development*, 88(6), 345-350. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2011.09.007
- Gago, M. (2014). Perturbações da Consciência. In Sá, M. J.(2ª.ed.), *Neurologia Clínica- Compreender as Doenças Neurológicas* (83-100). Porto: edições Universidade Fernando Pessoa.
- Galdeano, L.E., Rossi, L.A., & Zago, M.M.F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375. doi: 10.1590/S0104-11692003000300016
- Gasparido, C.M.; Martinez, F.E.& Linhares, M.M.M. (2010). Cuidado ao desenvolvimento: Intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(1), 77-85. doi: 10.1590/S0103-05822010000100013
- Gibbins, S., Hoath, S.B., Coughlin, M., Gibbins, A., & Franck, L. (2008). The universe of developmental care. *Advances in Neonatal Care*, 8(3), 141-147. doi: 10.1097/01.anc.0000324337.01970.76
- Golec, L. (2009). The art of inconsistency: Evidence-based practice my way. *Journal of Perinatology*, 29(9), 600-602. doi: 10.1038/jp.2009.98
- Gomes-Pedro, J. (2005). *A Criança e a Família no Século XXI*. Lisboa: Dinalivro, ISBN 972-576-395-5.
- Gomes-Pedro, J., Torgal, F., Sobral, F., & Goldshmidt, T. (2004). Viver numa unidade especiais para recém-nascidos: Um Risco... uma oportunidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 3(35), 167-174.
- Graven, S. (2004) Early neurosensory visual development of the fetus and newborn. *Clinics in Perinatology*, 31, 199-216.
- Halder, P., Bera, D., & Banerjee, A. (2015). Developmentally supportive care in neonatal intensive care unit (NICU): a review. *Indian Journal of Medical Research and Pharmaceutical Sciences*, 2(2), 17-23.

- Haumont, D. (2012). *Environment and early developmental care*. In G. Buonocore, R. Bracci, & M. Weindling (editors), *Neonatology: A practical approach to neonatal diseases* (p. 197-200). Milano, Itália: Springer.
- Harding, J.M., Cormack, B.E., Alexander, T., Alsweiler, J.M., & Bloomfield, F.H. (2017). Advances in nutrition of the newborn infant. *Lancet*, 389(10079), 1660-1668. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30552-4
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2015). *Wong's nursing care of infants and children* (10th edition). St. Louis, Missouri, United States of America: Mosby Elsevier.
- International Council of Nurses [ICN]. (2015). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Instituto de Apoio à Criança [IAC] (2008). Carta da Criança Hospitalizada. 4.^a edição. Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à Criança.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2018). *Estatísticas demográficas 2017*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística.
- Kenner, C., & McGrath J.M. (2004). *Developmental care of newborns & infants: A guide for health professionals*. St. Louis, United States of America: Mosby Elsevier Health Sciences.
- Laudert et al. (2007). Implementing potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. *Journal of Perinatology*, 27, S75–S93. doi:10.1038/sj.jp.7211843
- Linhares, M.B.M., Carvalho, A.E.V., Bordin, M.B.M., Chimello, J.T., Martinez, F.E., & Jorge, S.M. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia*, 10(18), 60-69. doi: 10.1590/S0103-863X2000000100006
- Lopes, M.; Catarino, H.; & Dixe M. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Referência*. (1).109-118.
- MacCann, C., Ziegler, M., & Roberts, R. R. (2012). Faking in personality assessment: Reflections and recommendations. In M. Ziegler, C. MacCann, & R. D. Roberts (Eds.), *New perspectives on faking in personality assessment* (pp. 309-344). New York: Oxford University

- MacCoby, E.E. (2001) Parenting and its effects on children: On reading and misreading behavior genetics. *The Science of Mental Health: Personality and personality disorder*
- Machado, M.C., Alves, M.I., & Couceiro, M.L. (2011). Saúde infantil e juvenil em Portugal: Indicadores do Plano Nacional de Saúde (2000-2010). *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(5), 195-204. doi: 0873-9781/11/42-5/195
- Mancini, M.C., & Sampaio, R.F. (2006). Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(4), 361- 472. doi: 10.1590/S1413-35552006000400001
- Marqui, A.B.T. (2016). Teste do pezinho e o papel da enfermagem: Uma reflexão. Estudo teórico. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 5(2), 96-103. doi: 10.18554/reas.v5i2.1605
- McAnulty, G.; Duffy, F.; Butler, S.; Bernstein, J.; Zurakowski, D.; Als, H. (2010). Effects of the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) at age 8 years: preliminary data. *Clinical Pediatrics*, 49(3), 258–270.
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Métodos de pesquisa para a incorporação de evidência na saúde e na enfermagem. *Out-Dez*, 17(4), 758–64.
- Menezes, B., & Prazeres, V. (coord.). (2011). *Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Miguel, A. (2006). *Gestão moderna de projectos: melhores técnicas e práticas*. (2.a edição). Lisboa, Portugal: FCA.
- Ministério da Saúde (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. *Diário da República*, 1ª série, 38, 1182-1189.
- Ministério da Saúde (2009). Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro. *Diário da República*, 1ª série, 193, 7298-7301.
- Ministério da Saúde (2014a). Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. *Diário da República*, 1ª série, 149, 4069-4071.
- Ministério da Saúde (2014b). Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril. *Diário da República*, 1ª série, 71, 2364-2366.

- Ministério da Saúde (2015). Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário da República*, 2ª série, 1º suplemento, 28, 3882(2)-3882(10).
- Neto, F.M.J. (2014). *A transição para a alimentação oral no recém-nascido prematuro* (dissertação de mestrado). Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Neto, F.M.J., França, A.P., & Cruz, S. (2016). An algorithm proposal to oral feeding in premature infants. *The European Proceedings of Social Behavioural Sciences*, 1(1), 87-98. doi: 10.15405/epsbs.2016.07.02.8
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model* (3th edition). East Norwalk, CT, United States of America: Appleton & Lange.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (eds.). (2011). *The Neuman Systems Model* (5th edition). Upper Saddle River, NJ, United States of America: Pearson.
- Nicolau, A.; Casal, D.; Lopes, P.; Kronenberg, P. (2005). O ruído nas unidades de cuidados intensivos neonatais de Lisboa e Vale do Tejo. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1 (36), 15-21.
- Nosarti, C. et al. (2012). Preterm birth and psychiatric disorders in young adult life. *Archives of General Psychiatry*, 69(6), E1–E8. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1374
- Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. 15, 1-38.
- Obeidat, H.M., Bond, E.A., & Callister, L.C. (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23-29. doi: 10.1624/105812409X461199
- Olshtain-Mann, O., & Auslander, G. K. (2008). Parents of preterm infants two months after discharge from the hospital: Are they still at (parental) risk? *Health & Social Work*, 33(4), 299-308.
- Ohlsson, A., & Jacobs, S.E. (2013). NIDCAP: A systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Pediatrics*, 131(3), e881-e893. doi: 10.1542/peds.2012-2121

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2006). *Tomada de posição sobre investigação em enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). *Guia orientador de boa prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017) Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento n.º 422/2018. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª série, 133, 19192-19194.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, 26, 4744-4750.
- Orzalesi, M. & Corchia, C. (2012). *Epidemiology: Mortality and morbidity*. In G. Buonocore, R. Bracci & M. Weindling (ed.), *Neonatology: A practical approach to neonatal diseases* (p.1-6). Milano, Itália: Springer.
- Papalia, D.E., & Feldman, R.D. (2013). *Desenvolvimento humano* (12ª. ed.). Porto Alegre, Brasil: AMGH Editora Ltda.
- Paunonen, S. V., & LeBel, E. P. (2012). Socially desirable responding and its elusive effects on the validity of personality assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(1), 158-175. doi: 10.1037/a0028165
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parsons, M.A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed). Boston, United States of America: Pearson Education.
- Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3a ed.). Montréal, Canada: Chenelière Education.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, 157, p. 4147-4182.

- Rodrigues, S.P.F. (2010). *Supervisão em enfermagem neonatal: Pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências* (dissertação de mestrado). Aveiro, Portugal: Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro.
- Ruivo, M.A., Ferrito, C., Nunes, L. & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-38.
- Salvado, R.S.T. (2013). *Avaliação do desenvolvimento infantil em contexto de Cuidados de Saúde Primários: Intervenção do enfermeiro* (relatório de estágio). Lisboa, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Sanders, J. (2014). *Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização*. In M.J. Hockenberry & D. Wilson, *Enfermagem da criança e do adolescente* (pp. 1025-1060). Loures, Portugal: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Sanders, M., & Hall, S. (2017). Trauma-informed care in the newborn intensive care unit: Promoting safety, security and connectedness. *Journal of Perinatology*, 38(1), 3-10. doi: 10.1038/jp.2017.124.
- Schermann, L. & Alfaya, C. (2000). Depressão pós-parto: Interação mãe-bebé e intervenções psicoterapêuticas. *Revista de Medicina*, 10(3), 243-248.
- Seki, T.N., & Balieiro, M.M.F.G. (2009). Cuidados voltados ao desenvolvimento do prematuro: Pesquisa bibliográfica. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 9(2), 67-75.
- Serviço Nacional de Saúde (2016). (hospital). Disponível em [https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/\(hospital\)](https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/(hospital))
- Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP] (2008). *Consenso clínico "Luz na unidade de cuidados intensivos neonatais"*. Viseu, Portugal: Sociedade Portuguesa de Neonatologia.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPP]. (2018a). *Consenso clínico "A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro"*. Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Neonatologia.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPP]. (2018b). *Consenso clínico “O som na unidade de neonatologia”*. Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Neonatologia.

Taddio, A., Chambers, C.T., Halperin, S.A., Ipp, M., Lockett, D., Rieder, M.J., & Shah, V. (2009). Inadequate pain management during routine childhood immunizations: The nerve of it. *Clinical Therapeutics*, 31, S152-S167. 10.1016/j.clinthera.2009.07.022

Tamez, R.N., & Silva, M.J.P. (2017). *Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco* 6.ª edição. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

Thoyre, S.M., Shaker, & Pridham, K.F. (2014). *Manual de aplicação da Escala de Observação Competências Precoces na Alimentação Oral – Versão modificada (EFS-VMS)*. Documento não publicado.

Universidade de Évora (2016). Aviso n.º 5622/2016. *Diário da República*, 2ª série, 84, 1381-1388.

Universidade de Évora (2019) Disponível em [http://www.estudar.uevora.pt/Oferta/mestrados/curso/\(codigo\)/524](http://www.estudar.uevora.pt/Oferta/mestrados/curso/(codigo)/524), acedido a 3 de Março de 2019

van der Pal, S., et al. (2008). Parental stress and child behavior and temperament in the first year after the newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program. *Journal of Early Intervention*, 30(2), 102–115. doi: 10.1177/1053815107313485

Veiga, B.S., et al. (2011). *Manual de normas de enfermagem: Procedimentos técnicos* (2.ª ed.). Lisboa, Portugal: Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

World Organization Health [WHO]. (2018). *Preterm birth*. Disponível a 21 de abril de 2018 em <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Zomignani, A.P., Zambelli, H.J., Antonio, M.A.R.G.M. (2009). Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. *Revista Paulista de Pediatria*, 27(2) 198-203.